

12 2009

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskiej

Egzemplarz bezpłatny



Leczyć skutecznie i bezpiecznie

Rozmowa z Konstantym Radziwiłłem



Wykszałciuchy do akcji

OZZL ogłosił strajk i co więcej ujawnił jego organizatorów – NFZ współ z Ministerstwem Zdrowia. Szpitale mają działać na zasadach ostrego dyżuru. Terminu strajku nie wyznaczono, szpitale już się przylączają sukcesywnie. „Specjalnie prowokujemy, bo jesteśmy zaskoczeni obojętnością społeczeństwa na to, co się dzieje” – żalił się przed kamerami TVN24 Krzysztof Bukiel. Najlepszą formą nacisków ma być jedynie leczenie pacjentów z zagrożeniem życia. Szpital Wojewódzki w Jeleniej Górze wstrzymał planowe przyjęcia na 5 oddziałów: laryngologii, okulistyki, pulmonologii, urologii i neurologii. Lecznica wyczerpała limity. Nawet tak znakomite ośrodki jak siemianowicka oparzeniówka muszą borykać się z zadłużeniem. W tym szpitalu NFZ nie zapłacił nawet za leczenie górników poparzonych w katastrofie w kopalni Wujek. To tylko przykłady pierwsze z brzegu.

Związek postuluje podwyższenie składki ubezpieczeniowej do 10 proc. „W czasie dekonjunkury nie podnosi się obywatelom obciążeń – ripostuje minister zdrowia. – A poza tym wzrost składki dałby szpitalom 2 mld zł. W ciągu ostatnich dwóch lat dostały 10 mld zł. Zmieniło się coś?” – pyta Ewa Kopacz na łamach „Gazety Wyborczej”. Na pewno nie, jeśli chodzi o iście jarmarczny poziom dyskusji i próbę wyjaśnienia zwykłym ludziom zawilości ich życia codziennego.

Kampania wyborcza w samorządzie lekarskim nabiera tempa i kolorów. Po przedwakacyjnym kryzysie frekwencyjnym, wydaje się, nie ma już śladu. We wszystkich izbach lekarskich wybory przebiegały w obecności znakomitej większości delegatów. Znosi się na to, że w szranki wyścigu do fotela prezesa NRL stanie co najmniej dwóch wiceministrów z gabinetu Ewy Kopacz. Jeden z nich od dawna nie kryje swych aspiracji, inny zaś wyznał na zjeździe lekarskim w Zielonej Górze, że o jego planach nie wie nawet jeszcze jego szefowa. Jeśli to kolejna po z OZZL prowokacja intelektualna, to luminarzom resortu gratulujemy fantazji i dobrego samopoczucia.

W latach stanu wojennego slogany symbolizowały opór wobec reżimu. Władze zamalowywały je plamami. Wtedy pojawiał się na nich krasnoludek. Bawił mnie wówczas udział w prowokacjach Pomarańczowej Alternatywy. „Granie na nosie” komunie, a nie społeczeństwu było w moim kręgu towarzyskim źródłem satysfakcji. Pamiętam ile radości przynosiło nam rozdawanie rolek papieru toaletowego czy proklamowanie takiej tezy, jak uznanie milicjanta za dzieło sztuki. Formy działania Pomarańczowej Alternatywy często parafrazowały hasła „Solidarności”, ale zawsze łączyły w sobie wymiar społeczno-polityczny z artystycznym. Ostatecznym ich celem było osiągnięcie, poprzez happening, wolności w jej wymiarze estetycznym i indywidualnym, a także obalenie społecznego, kulturalnego i politycznego normatywizmu. Miały obnażać absurd systemu poprzez parodię i skłaniać do myślenia. Dzisiejszym prowokatorom albo zabrakło wrażenia artystycznego, albo im się po prostu pomyliły epoki, a to już wykszałciuchom nie przystoi.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Leczyć skutecznie i bezpiecznie	4-7
Wśród nocnej ciszy...	8
Zalecenia antygrypowe	10
Zmiana numerów Polskiej Klasyfikacji Działalności	11
Nadwykonania czyli leczenie na kredyt	12-13
Specjaliści czują się dyskryminowani	14-15
U stomatologów	16-17
Grupa wsparcia i rozdarcia	18-19
Kalejdoskop leków	22-23
Reaktywizacja?	26-27
Lekarski sport	28-29
Książki nadesłane	30-31
Wybory do izb lekarskich	33
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	34
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	35-44
Ogłoszenia różne	44-45
Biuletyn NRL	32-33

**Zdrowych
Wesotych
Świąt
Bożego Narodzenia**
życzy redakcja

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

www.blogilekarzy.pl
Daj się poznać, pisz
swojego bloga

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Leczyć skutecznie i bezpiecznie

Z Konstantym Radziwiłłem, prezesem NRL w latach 2001-2009 rozmawia Marek Stankiewicz

• *Przez ostatnie osiem lat prezesowałeś NRL, a wcześniej przez cztery byłeś jej sekretarzem, cały czas pracując jako lekarz rodzinny we własnej praktyce na warszawskim Ursynowie. Warto było poświęcić swój czas i energię dla izby lekarskiej?*

– Traktuję to jako służbę naszemu środowisku. Przez te lata raz mi wychodziło lepiej, innym razem gorzej, ale robiłem, co mogłem. W mojej pamięci będzie to czas niezwykłych spotkań i rozmów z ogromną liczbą wspianych ludzi, których poznałem podczas wielu moich podróży po Polsce. To właśnie lekarze w małych miejscowościach, pomimo nieraz piętrzących się trudności i ciemnych chmur gromadzących się nad samorządem, swoją postawą dają nadzieję, że samorząd wcale nie jest tak zagrożony, jak to niektórzy wieszczą.

• *Wiesz co o tobie mówią czytelnicy „Gazety Lekarskiej”?*

– Nie wiem.

• *Do bólu ambitny, pracowity, szybko się uczy, wszystkiego, czego nie umiał, pryncypialny w poglądach, ale dziwnie uparty, trudno go przekonać, a politycy, z którymi się styka dodają niemal chórem, że nie potrafi „powiedzieć na czarne białe”. Czy ten facet, to ty?*

– Może z jednym wyjątkiem, że tak trudno mnie przekonać. Ale rzeczywiście mam swoje zdanie i potrafię je obronić. Reszta chyba się zgadza. Sam chyba teraz rozumiesz, dlaczego nie wyłączałem jeszcze w polityce.

• *Pracowałeś z wieloma ministrami zdrowia, za którymi lekarze generalnie nie przepadali. Czy minister zdrowia to sojusznik czy przeciwnik lekarzy?*

– Minister zdrowia jest organem państwa, a lekarze i lekarze dentyści zrzeszeni w samorządzie mają do odegrania swoją rolę w tym państwie. Organy samorządu reprezentują nasze środowisko, ale jednocześnie są ramieniem państwa w stosunku do naszej grupy zawodowej. W tej sytuacji minister zdrowia nie może być ani sojusznikiem, ani przeciwnikiem. Jesteśmy po prostu skazani na współpracę. Mam wrażenie, że ministrowie zdrowia i inni politycy nie doceniają roli, jaką mógłby pełnić nasz samorząd w państwie z korzyścią także dla nich samych. Stawiając nas często pod ścianą, wywołują w nas wrogię postawę. A przecież mogłoby być zupełnie inaczej.

• *Dlaczego tak postępują?*

– Politycy dali lekarzom i lekarzom denty stom, jako środowiskowi zawodów zaufania publicznego, uprawnienia władztwa

państwowego w pewnym zakresie. Ale za chwilę się strasznie przestraszyli, że w ogóle oddali nam część swojej władzy. I to im się trochę nie podoba. Wielki 160-tysięczny samorząd lekarski staje się dla nich problemem, bo nie robi tego, co oni każą, lecz ma swoje zdanie, często krytyczne w stosunku do tez formułowanych przez kolejnych polityków.

• *Publikowaliśmy już w „Gazecie Lekarskiej” twoją ocenę dokonań samorządu lekarskiego w ostatnim dwudziestoleciu. Powiedz nam teraz, co się nie udało.*

– Największą jego porażką jest to, że tak wielu lekarzy wątpi w jego celowość i skuteczność. To niesamowity paradoks, bo przed chwilą mówiłem, że politycy obawiają się niezależności lekarzy. Ale ten paradoks jest wpisany w zawody zaufania publicznego. Głos spoza środowiska mówi, że nie dość zdecydowanie nadzorujemy wykonywanie swojego zawodu, a od wewnątrz docierają pretensje zirytowanych lekarzy, że nie dość skutecznie pilnujemy ich interesów zawodowych i finansowych.

• *A dlaczego te głosy nie mogą ze sobą współbrzmieć?*

– Bo mamy jednak słabe doświadczenie w demokracji. Tylko 20 lat, wcześniej to tak naprawdę tylko słyszeliśmy o demokracji. Lekarze, z natury rzeczy, są indywidualistami. Działanie lekarzy w większej grupie jest bardzo trudne. Każdy z nas ma własny pomysł, ma coś z dydaktyka lub lidera. Zresztą, co tu dużo mówić. Świat się zmienia na lepsze i apetyt rośnie w miarę jedzenia. Bez problemów poruszamy się dziś po Europie i nie mamy zamiaru pamiętać, w jakiej kolejce stało się po paszport czy wizę do Niemiec raptem przed dwudziestu laty. Widzimy jak żyją i pracują za granicą nasi koledzy. Więc po prostu myślimy sobie, że to może ten samorząd załatwiłby nam trochę tego dobrobytu.

• *Może najmłodsze pokolenie lekarzy to zmieni?*

– Hmm... Przed dwudziestu laty więcej lekarzy niż teraz garnęło się do działalności publicznej.

• *Może brak im należytej zachęty?*

– Nie, to jest po prostu objaw normalności. Bo lekarz jest od leczenia, a nie uprawiania jakiejś działki społeczno-publicznej, ani martwienia się o potrzeby społeczeństwa obywatelskiego. Nie po to decyduje się na 6 lat piekielnie pracochłonnego studiów, żeby po dyplomie rzucić się w wir pracy w samorządzie. Z reguły młodzi adepci medycyny mawiają: to nie dla mnie, „oni” tam załatwiają tylko swoje interesy... No cóż, trzeba uderzyć się w piersi, bo gdyby starsi lekarze pokazali im dobitnie, że jest inaczej: że to nie jest po prostu



W gabinecie lekarza rodzinnego.

nasz sposób na życie, że pracujemy pro publico bono, to można by liczyć na większy entuzjizm.

• *Zostawmy na chwilę młodzież lekarską w spokoju. Jak myślisz, dlaczego profesorowie medycyny i luminarze nauki stronią od samorządu - żeby nie powiedzieć, że nim gardzą?*

– Myślę, że w tej kwestii jest poprawa. Przed 20 laty było inaczej. Wtedy samorząd odradzał się w obywatelskim ruchu odzyskującym podmiotowość społeczeństwa. Środowisko lekarskie o korzeniach solidarnościowych bardzo silnie odcisnęło się w tym ruchu. Nie ma co ukrywać, że wtedy znaczną część tamtego establishmentu medycznego stanowili ludzie poprzedniej władzy. Czas biegnie nieuchronnie. Dziś w samorządzie mamy

więcej profesorów. Ale nie dziw się, że każdego profesora ciągnie bardziej do pracy badawczej i naukowej.

• *Środowiska lekarzy hołdujących medycynie niekonwencjonalnej oraz dystrybutorzy leków homeopatycznych chętnie rozzerwaliby cię na strzępy za twarde, krytyczne stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w tej sprawie. Nie poddasz się?*

– Sam powiedziałeś, że mówi się o mnie, że jestem przywiązany do zasad. Jedną z takich zasad jest Kodeks Etyki Lekarskiej, który nie jest zbiorem towarzyskich pogaduszek ani materiałem do akademickich paneli między specjalistami, ale to jest przekaz, który mamy w pracy realizować naprawdę. Przecież to w KEL zapisano, że nie wolno nam stosować metod naukowo nie zweryfikowanych. To oznacza, że

czyjaś intuicja, przekonanie, a nawet doświadczenie nie są przesłanką wystarczającą do uznania za naukowy dowód na skuteczność i bezpieczeństwo określonej procedury. Jeśli lekarz uczciwie podejrzewa, że wpadł na trop czegoś naprawdę nowego, może skorzystać z drogi eksperymentu medycznego, który ma jasno nakreślony cel, zasady wykonania i zgodę komisji bioetycznej, która oceni czy to rzeczywiście ma sens. Pół biedy, jeśli do intuicji i własnego przekonania odwołują się osoby, które nie są lekarzami. Gorzej, jeśli za „niemedycynę” biorą się lekarze.

• *Co więcej, zarzucają ci, że kwestionujesz zalecenia WHO, które traktują homeopatię jako równoprawną metodę leczenia na życzenie pacjenta...*

– Standardy, consensusy, algorytmy postępowania, które stosujemy w praktyce nie pochodzą z nadania takich instytucji jak np. Światowa Organizacja Zdrowia, lecz ich autorami są przede wszystkim naukowe gremia lekarskie. Uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej w tej sprawie poprzedziły długotrwałe dyskusje i przegląd piśmiennictwa dokonany przez autorytety lekarskie. To one przekonały nas o braku dowodów naukowych, które stałyby za homeopatią. W podobnym duchu w październiku br. NRL wypowiedziała się w sprawie tzw. chelatacji. Niektórzy kwestionują prawo samorządu lekarskiego do wypowiada-



Podczas uroczystości jubileuszowych w Poznaniu z pierwszym prezesem odrodzonego samorządu lekarskiego prof. Tadeuszem Chruścielcem.

nia się w takich sprawach. Tam, gdzie mamy do czynienia z prawdziwymi dylematami, lekarskie gremia krajowe lub międzynarodowe wybierają najlepsze sposoby postępowania i je ogłaszają. Nie są żadną tajemnicą istniejące standardy w świeżo wykrytym nadciśnieniu tętniczym, w średnio zaawansowanej astmie lub w ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego. Próżno szukać, aby ktoś wśród homeopatów wypowiadał się w sprawie takich standardów. NRL wysłała sygnał do lekarzy i lekarzy denty stom: uważajcie, to jest wprawdzie metoda legalna,

Zadaniem lekarza jest przekonać pacjenta, by sam wybrał to, co dla niego najlepsze.

ale nie potwierdzona naukowo, a więc nie dość skuteczna i bezpieczna, aby ją zastosować. Koniec. Kropka. Kodeks Etyki Lekarskiej to nie puste słowo, lecz konkretna dyrektywa.

• *Upowszechnia się pogląd, że stopień agresji pacjentów wobec lekarzy osiąga teraz apogeum. Co ty na to?*

– Niestety, nie mamy w tej sprawie mocnych i wiarygodnych danych, ale doświadczenie wielu z nas jest

dokończenie na str. 6 i 7



Podczas międzynarodowej konferencji lekarskiej w Katowicach.

Leczyć skutecznie i bezpiecznie

dokńczenie ze str. 5

rzeczywiście właśnie takie. Postawa konsumentka zaczyna dominować także wśród pacjentów zgodnie z zasadą „płać, więc wymagaj”. Rozpada się naturalny szacunek dla autorytetów. Te dwie tendencje powodują, że pacjent coraz bardziej staje się klientem. A klient wymaga. Niestety, jakość ochrony zdrowia w Polsce pozostawia wiele do życzenia. Wcale nie dziwię się pacjentom, że się denerwują. I to nie tylko dlatego, że zachorowali, ale również, że nie otrzymują pomocy lub wsparcia, jakie im się należy. Po wielu miesiącach oczekiwania w kolejce na przyjęcie do lekarza rozgoryczony pacjent wyładowuje swoją złość na lekarzu. Pacjent, który otrzyma to, co mu się należy, będzie się rzadziej awanturował. Rozwiązanie tej sprawy wydaje się być poza naszym zasięgiem.

- Czy pacjent ma jakieś obowiązki wobec lekarza?

– Po pierwsze – ma nas szanować. My nie jesteśmy jego służącymi. Zresztą służącym szacunek także się należy.

- A może to polscy lekarze są niedouczzeni i źle wychowani?

– Chyba brak nam gruntownego wykształcenia w zakresie komunikacji międzyludzkiej. Część z nas, lekarzy, korzysta z dobrodziejstwa tego, co wyniosło z domu rodzinnego. Ale to w

dzisiejszych czasach za mało. Każda ekspedientka sklepu warzywnego, która na pożegnanie nie życzy klientowi „miłego dnia” uchodzi za złą pracownicę. Boję się, że wielu z nas nie docenia, jak dużo można w ten sposób osiągnąć. Także w intymnej relacji z pacjentem umiejętności komunikacyjne na pewno przydałyby się.

• Czy należy skrócić czas specjalizacji?

– Trzeba skrócić dochodzenie do specjalizacji szczegółowych, ale to nie może być automatyczne obcięcie czasu specjalizacji. Według naszych, izbowych, ocen, popartych opinią wybitnych specjalistów, znaczna część tego, co znajduje się w programach specjalizacji, powinna tam pozostać.

• Po ilu latach po dyplomie lekarz dochodzi do samodzielności?

– Nie dłużej niż po sześciu latach można i powinno się osiągnąć każdą ze specjalności. Przesuwanie osiągnięcia tego mistrzostwa poza 35 rok życia wydaje się być nieporozumieniem.

• A co z tymi lekarzami, którzy bardzo chcą, ale się nie nadają, bo już trzy razy „oblali” egzamin? Czy nie warto by powiedzieć im dyskretnie po pierwszych dwóch latach, żeby znaleźli sobie inne zajęcie, bo to sprawa nie na miarę ich talentu?

– To nie jest takie proste, bo nie wiemy na jaką drogę skierować kogoś, kto – wg



Spotkanie z Dalajlamą.

wyników egzaminów – nie kwalifikuje się do miana specjalisty. A może on się nadaje, tylko my go źle uczymy? Osoba, która kończy medycynę, jest w stanie przyswoić bardzo dużą porcję wiedzy. Może potrzebna jest mu jeszcze jedna szansa, może jakaś specjalna motywacja. Nie wolno zbyt lekką ręką odbierać prawa lekarzom do zostania specjalistą. Pojawia się tu miejsce na dyskusję na temat roli kierownika specjalizacji; może należałoby wrócić do relacji typu mistrz-uczeń?

• Dlaczego samorząd lekarski nie zgadza się na likwidację stażu?

– Nie można zapominać, że medycyna to wprawdzie bardzo skomplikowane, ale jednak rzemiosło. To nie tylko wiedza wyniesiona z uczelni medycznej, ale także praktyczne umiejętności jej zastosowania w praktyce. Student to jeszcze nie lekarz. Natomiast stażysta to osoba, która wprawdzie ciągle jeszcze się uczy, ale pacjent zwraca się do niej per „panie doktorze”. Ma już tę część odpowiedzialności, która charakteryzuje lekarza. Tę odpowiedzialność musi poczuć, bo ona jest istotą medycyny. Tą roczną drogą stażysty poprzez poszczególne specjalności, włącznie z medycyną rodzinną, buduje się pewnego rodzaju pamięć, która musi zostać w nim na całe życie. To jest pamięć widzenia pacjenta, jako człowieka, który może być obciążony wieloma schorzeniami i cierpieć na wielorakie dolegliwości, a nie tylko chorobę, którą będzie leczył z racji swojej przyszłej, czasem bardzo wąskiej specjalności. A pomysł zastępowania zajęć teoretycznych podczas studiów praktykami klinicznymi grozi fclczeryzacją medycyny.

• A może to władza podlizuje się młodzieży lekarskiej?

– Ależ ta młodzież, mimo że jednostki rwą się do samodzielnej pracy, też bez entuzjazmu patrzy na plany ministerstwa. Pamiętajmy, że nadanie prawa wykonywania zawodu lekarzowi lub lekarzowi dentyście nakłada na niego odpowiedzialność, której nikt z niego nie zdejmie, kiedy popełni błąd lub dopuści się zaniedbania.

• Jak nas widzą lekarze Starej Europy?

– Stały Komitet Lekarzy Europejskich, któremu będę przewodniczył w latach 2010-2011, nie jest forum powołanym do takich ocen. Polscy lekarze, w opinii moich zagranicznych kolegów, nieźle się asymilują i raczej dobrze funkcjonują w nowym otoczeniu kulturowym i językowym. Niczego złego o nikim nie usłyszałem. Natomiast nasi lekarze nie traktują ani nie uważają Zachodniej Europy za „lekarskie Eldorado”. Opo-wiadają wprost o barierach, kłopotach, mnóstwie ograniczeń formalnych. A co najciekawsze, szukają kontaktu na leczenie w Polsce, kiedy sami zachorują lub nieszczęście dościnie ich rodzinę, krewnych albo bliskich. Bo w Polsce łatwiej to załatwić, jak sami mawiają.

• Wielka rzesza polskich lekarzy specjalistów jeszcze nie dostrzegła zmierzchu ery „bogów w białych kitlach” i końca medycyny paternalistycznej i zdecydowanej mody na medycynę partnerską.

– W tej sprawie mamy w Polsce jeszcze wiele do zrobienia. W każdym razie jest coraz mniej pacjentów ciemnych jak przysłowiowa tabaka w rogu. Wielu nie tylko wie naprawdę dużo na temat zdrowia i chorób, ale ma też swoje zdanie na temat możliwej diagnostyki i terapii. Coraz rzadziej można spotkać takiego, który nie śmie o cokolwiek zapytać swojego lekarza.

Korzystając z okazji, chciałbym najserdeczniej podziękować wszystkim Koleżankom i Kolegom, z którymi dane mi było pracować w naszym samorządzie. Jednocześnie wszystkim polskim Lekarzom i Lekarzom Dentystom pragnę życzyć prawdziwego Bożego Narodzenia – w takim najbardziej dosłownym tych słów znaczeniu. Niech po tych świętach wszystkie dni Nowego Roku będą dobre, a w nich każdy z nas niech staje się co dzień coraz lepszy.

tekst i fot. Marek Stankiewicz



Rozmowa z ministrem zdrowia Ewą Kopacz w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej.

Wśród nocnej ciszy...

Żadna scena z życia Chrystusa nie jest tak bliska zwyczajnemu ludzkiemu życiu jak właśnie scena Jego narodzin.

Iż żadne święto chrześcijańskie nie wkracza tak bezpośrednio do wszystkich mieszkań ludzkich jak właśnie święto Bożego Narodzenia. Boże Narodzenie to chyba najbardziej rodzinne ze wszystkich świąt. Włoskie przysłowie mówi: „Boże Narodzenie spędzaj zawsze ze swoimi. Wielkanoc, gdzie chcesz”.

Nawet Bóg ma swoją rodzinę, staje się ludzki i bezbronny w te święta. Ułożony w żłobie przez Maryję i Józefa nic nie mówi a równocześnie przemawia do nas swoją słabością tak dobitnie jak nigdy.

Zwyczajem naszym, polskim, w uroczysty wieczór Wigilii w domu wytwarza się nastrój prawdziwie religijny. Początek tradycyjnej wieczerzy wigilijnej to jakby początek jakiegoś sakralnego prawie misterium rodzinnego. W podniosłym, poważnym nastroju skupiamy się wokół stołu, zapalamy światła na choince i zaczynamy się łamać opłatkiem. Zazwyczaj jesteśmy wszyscy razem. Rozbiegani po szpitalnych salach przez cały rok – w ten wieczór chcemy być razem, by przy stole wigilijnym

przeżyć niepowtarzalne misterium wspólnoty rodzinnej, by przyjrzeć się w zamyśleniu tej prawdzie, że nie jesteśmy sami w życiu, że stanowimy rodzinę.

W migotliwym blasku choinkowych świateł rodzi się prawda wyjątkowa i przekonująca, że *Słowo stało się ciałem i zamieszkało między nami*.

Słowo-Syn było zawsze u Boga. Było Jego Słowem. Byli sobie bliscy jak matka i dziecko. Słowo było Bogiem. *Wszystko się przez nie stało* – świat, człowiek, życie...

Nie ma żadnego rozvodu pomiędzy niebem i ziemią, światem materialnym i duchowym. Są jak dwa płuça, dwie komory serca, stworzone przez tego samego Boga. Jeśli je rozdzielimy, świat ziemski skazany jest na obumieranie. Zadziwiające jak często świat medycyny, my, ludzie, próbujemy oddzielić od siebie te dwa wymiary. Dziś przybiera to formę praktycznego ateizmu: żyjemy tak, jakby Boga nie było. Za czasów Augustyna bardzo popularna stała się filozofia manicheizmu, która tłumaczyła cały istniejący świat jako zły. W świecie istnieje tylko tyle dobra, aby stało się pożywką dla zła. Życie ludzkie jest wchłaniane przez śmierć, świat obsuwa się w nicłość i absurd.

Na przekór chaosowi tego świata Boże Narodzenie wyraźnie mówi do nas: Bóg Stwórca jest także Bogiem Zbawcą. Należymy do Niego, a On nie zapomina o swoim stworzeniu. Janowy hymn opisujący dramat Słowa odrzuconego przez swoich: *Przyszła do swojej własności, a swoi Go nie przyjęli*. Ale tym, którzy Go przyjęli dał moc, aby być wolnym od lęku, zniechęcenia i zmęczenia życiem i wszelkim kryzysem. Bóg, kosmiczny zwycięzca, wygrywa raz jeszcze, tym razem w walce o moje życie. Przychodzi do nas bogaty w Miłość. Przychodzi w pełni problemów ludzkiego życia z ubogiej stajenki, aby wszyscy ludzie odczuwali swą przynależność do wielkiej rodziny ludzkiej. To właśnie mówi ludziom Bóg narodzony w Betlejem „wśród nocnej ciszy”.

W taką noc powstała podobno znana kolęda *Cicha noc, święta noc*...

Oto w wigilijny wieczór w mieszkaniu biednego księdza, gdzieś w głębi Alp, zjawił się prosty góral z prośbą, aby kapłan pospieszył z namaszczeniem chorych do jego żony, która kończy życie – przy porodzie. Na świecie wiały wichry i szalały zamiecie, a oni szli przez góry i przełęcze, przedzierali się przez olbrzymie zasy i głębokie śniegi, aż około północy dotarli do na wpół zasypanej śniegiem góralskiej chaty. Kiedy weszli, ujrzeni na łóżku młodą matkę z wyrazem szczęścia patrzącą na śpiące u jej piersi nowo narodzone dziecko. Gdy ów ksiądz powrócił do domu, utrwalił to zdarzenie w kolędzie – którą podobno tej jeszcze nocy napisał: *Cicha noc, święta noc... Pokój niesie ludziom wszem. A u żłóbka Matka święta... Czuwa sama uśmiechnięta... Nad Dzieciątka snem*...

Tak właśnie było. Na przyjęcie Zbawiciela czekały wszystkie wieki dziejów narodu wybranego. Takiego samego Zbawiciela, po ludzku wielkiego, szukamy.

Droży Lekarze, „Słudzy życia”, niech Wasze życie rozjaśni się Słowem, które dał Bóg i słowami, które odnalazły nasze serca. To Słowo niesie tyle piękna, ono też dało nowy porządek światu. To Słowo odmieniło myślenie o bliskich i o samym sobie. Przyszło też do mojego życia. Życzę Wam z całego serca, niech Wasze życie rozjaśni się Słowem i aby Ono zamieszkało w Was i między Wami.

Warszawa, grudzień 2009

ks. Józef Jachimczak CM
krajowy duszpasterz służby zdrowia

W roku 2010 ukaże się książka ks. Józefa Jachimczaka zatytułowana „*Słudzy życia*”. (Red.)

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy

• **3-4.12.2009.** Wrocław. VI Kongres Polskiego Towarzystwa **Psychogeriatrycznego**. Temat przewodni: *Psychotyzm i zaburzenia psychiczne w wieku podeszłym*. Zapraszamy lekarzy psychiatrów, neurologów, geriatrów, lekarzy rodzinnych, pielęgniarki, psychologów i pracowników socjalnych pracujących z osobami w wieku podeszłym. Pkt. edukac. PTP i PTL. Informacje: www.fozp.org.pl, e-mail: sekretariat@ptpg.org.pl

CEDUS

• **5.12.2009.** *USG w anestezji regionalnej* – poziom podstawowy. Serock. 900 zł – bez zakwaterowania, 1100 zł z zakwaterowaniem w Centrum Konferencyjnym Instytutu Rozwoju Biznesu i z obiadem, pełnopłatny
• **9-13.12.2009.** *USG jamy brzusznej* – poziom podstawowy. Ciechocinek. 463 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **14-17.12.2009.** *Echokardiografia* – poziom podstawowy. Ciechocinek. 403 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **17-20.12.2009.** *USG stawów kończyny górna* – poziom podstawowy. Ciechocinek. 406 zł, unijny, z dofinansowaniem

EVMACO i Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

• **9.01.2010.** Warszawa, hotel Sofitel Victoria. PTD zaprasza na konferencję *Nowości w cukrzycy*. 8 pkt. edukac., www.nowosciwcukrzyce.evmaco.pl
• **23.01.2010.** Warszawa, hotel Hyatt. PTD zaprasza na konferencję *GLP-1 i terapie oparte o inkretyny – przełom w leczeniu cukrzycy typu 2*. 7 pkt. edukac., www.inkretyny.evmaco.pl
• **9-11.04.2010.** Gdańsk, Polska Filharmonia Bałtycka. Sekcja Pediatryczna PTD i PTD zapraszają na *XII konferencję cukrzycy typu 1*. 18 pkt. edukac., www.l2konf-polpediab.evmaco.pl
• **13-16.05.2010.** Karpacz, hotel Gołębiwski. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii w Zabrze SUM w Katowicach i Katedra oraz Klinika Chorób Metabolicznych CM UJ i PTD zapraszają na *V Karpacką Konferencję Diabetologiczną*.

Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.vkkd.evmaco.pl

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii

• **12-15.01.2010.** *Diagnostyka USG jamy brzusznej* – szkolenie podstawowe
• **25-27.01.2010.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs doskonalący
Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl

• **Od lutego 2010** Pracownia Pediatrycznej Opieki Paliatywnej Kliniki Pediatryi, Onkologii, Hematologii i Diabetologii UM w Łodzi w ramach projektu „Program kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w zakresie pediatrycznej opieki paliatywnej”, realizowanego w ramach Działania V, Rozwój Polskich Uczelni programu Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego zaprasza na kursy: 1. *Wybrane problemy kliniczne w pediatrycznej opiece paliatywnej i długoterminowej*; 2. *Perinatalna opieka paliatywna*; 3. *Leczenie bólu u dzieci i wybrane problemy onkologiczne w pediatrycznej opiece paliatywnej*; 4. *Wybrane zagadnienia z zakresu opieki paliatywnej nad dziećmi*. Pkt. edukac. W ramach projektu możliwe jest odbycie szkolenia praktycznego w NZOZ Gajusz - Hospicjum Domowym dla Dzieci Ziemi Łódzkiej. Informacje na stronie www.pediatrics.umed.pl

• **11-14.02.2010.** Słupsk-Ustka. XVIII Światowy Dzień Chorego. 6 Akademia **Dermatologii i Alergologii**, dla **alergologów, dermatologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych** i wszystkich lekarzy, którzy w swojej praktyce spotykają się z problemem dermatoz alergicznych i pragną uaktualnić swoją wiedzę na temat ich leczenia. Od wielu lat obserwowany jest wzrost liczby zachorowań na choroby alergiczne. Stały się one obecnie najważniejszym problemem zdrowia publicznego w Polsce. Ostatnie badania

epidemiologiczne wykazały, że odsetek osób chorujących na choroby alergiczne w naszym kraju jest najwyższy na świecie. Połowa społeczeństwa w Polsce ma chorobę alergiczną, a alergię są najczęstszą przyczyną zachorowań. Alergia sprzyja innym chorobom, a przewlekłe dermatozy alergiczne w poważnym stopniu upośledzają jakość życia prowadząc do izolacji i stanów depresyjnych. Aktualne osiągnięcia nowoczesnej alergologii, dermatologii i farmakoterapii prezentowane będą przez najlepszych wykładowców-naukowców o ogromnej wiedzy i talencie dydaktycznym. Szczegóły: www.ekonferencje.pl/ADA

• **5-6.03.2010.** Poznań. VII Ogólnopolskie Repetytorium **Pulmonologiczne**. Coroczna ogólnopolska konferencja szkoleniowo-naukowa dla **lekarzy rodzinnych, internistów i pulmonologów** o tematyce pulmonologicznej i interdyscyplinarnej. 15 pkt. edukac. Zapisy do 15.02.2010. Opłata: 150 zł, lekarze do 30 r. ż. i emeryci 75 zł. Wpłaty na konto: Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej, ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań WBK S.A. 82 1090 1362 0000 0001 0200 1772, z dopiskiem „KONFERENCJA”. Zgłoszenia: formularz rejestracyjny na stronie Kliniki: www.pulmonologia-um-poznan.pl pod odnośnikiem Konferencja-Formularz zgłoszeniowy, e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm, tel. 061-854-93-95, tel./faks 061-841-7061. Informacje: Sekretariat Konferencji – Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. 061-854-93-95, tel./faks 061-841-7061, www.pulmonologia-um-poznan.pl pod odnośnikiem Konferencja.

Mazurska Szkoła USG i Ginekologii

• **11-13.03.2010.** *USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowanych*
• **18-20.03.2010.** *Diagnostyka prenatalna (11-13 tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu*
• **21-26.03.2010.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących*. Teoria i praktyka
• **15-17.04.2010.** *Patologia ciąży*
• **9-14.05.2010.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących*. Teoria i praktyka
• **13-15.05.2010.** *Choroby sutka z elementami diagnostyki USG*
• **20-22.05.2010.** *Kolposkopia dla początkujących*
• **10-12.05.2010.** *Poradnictwo seksuologiczne i antykoncepcyjne*
• **25-28.08.2010.** *USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowanych*
• **5-10.09.2010.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących*. Teoria i praktyka
• **30.09.-2.10.2010.** *Kolposkopia dla zaawansowanych*
• **7-9.10.2010.** *Doppler w ginekologii i położnictwie*
• **14-16.10.2010.** *Diagnostyka prenatalna (11-13 tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu*
• **17-20.11.2010.** *USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowanych*
Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804

• **12-13.03.2010.** Zakopane. SONO-MEDICUS organizuje kurs doskonalący: **Badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: www.sono-medicus.pl, e-mail: kulej@ozzl.org.pl, Michał Kulej, tel/faks 018-201-24-17, 0604-100-130, SONO-MEDICUS 34-500 Zakopane, ul. Mrowce 18c.

• Medyczna Platforma Edukacyjna www.medycyna.org.pl zaprasza wszystkich lekarzy z całej Polski do skorzystania z nieodpłatnego e-kursu pt. **Nowa grypa A(H1N1)v**, którego autorem jest prof. Andrzej Zieliński, krajowy konsultant ds. epidemiologii. Promotorem Wiedzy jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Kurs dostarcza informacji epidemiologicznych i klinicznych dotyczących nowej grypy, w nawiązaniu do danych historycznych nt. poprzednio występujących pandemii. Zaliczenie testu wiedzy gwarantuje uzyskanie 5 pkt. edukac.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

opr. u

w sprawie postępowania z przypadkami grypy A/H1N1

W związku ze zwiększającą się liczbą zachorowań na zakażenia górnych dróg oddechowych, w tym na grypę A/H1N1 **zaleca się co następuje:**

Objawy

W większości przypadków choroba przebiega łagodnie. Podstawowy zestaw leków obniżających gorączkę i zmniejszających dolegliwości ze strony układu mięśniowego jest wystarczający. **Nie zaleca się stosowania aspiryny.** Nieskomplikowane przypadki grypy mogą być diagnozowane na podstawie objawów klinicznych.

Następujące objawy sugerujące cięższy przebieg choroby:

- 1. wysoka gorączka trwająca dłużej niż 3 dni
- 2. Spływanie oddechu lub uczucie duszności
- 3. Obecność krwi w płwocinie
- 4. Obniżenie ciśnienia krwi
- 5. Znaczne osłabienie, zawroty głowy
- 6. Odwodnienie, które może prowadzić do skąpomoczu i zapaści

Leczenia antywirusowe

Leczenie antywirusowe jest zalecane:

- Osobom, które mają większe ryzyko ciężkiego przebiegu choroby (np. kobiety w ciąży, noworodki i dzieci do 2 roku życia oraz pacjenci z przewlekłymi chorobami płuc, przewlekłej sterydoterapii i innych przewlekłych chorób) – należy stosować leczenie antywirusowe bezzwłocznie w przypadku umiarkowanego przebiegu choroby.
 - Osobom, u których stwierdza się ciężki lub pogarszający przebieg choroby
- Kobietom w ciąży zaleca się jak najszybciej kurację lekami antywirusowymi, niezależnie od przebiegu choroby (**Uwaga – ostrożnie należy podawać do 3 miesiąca ciąży**) .

Należy również leczyć lekami antywirusowymi niemowlęta i dzieci do drugiego roku życia, zwłaszcza jeśli mają inne choroby, a objawy grypowe narastają. Osoby z podejrzeniem zapalenia płuc winny być niezwłocznie leczone antybiotykami i lekami antywirusowymi . Leczenie antywirusowe nie jest zalecane osobom, które mają niepowikłany lub łagodny przebieg i nie są w żadnych z powyżej wymienionych grup wysokiego ryzyka.

Diagnostyka

Dostępne paskowe testy przesiewowe charakteryzują bardzo niską swoistością (10-70% z zależności od producenta), dlatego też ich wyniki należy traktować z nieufnością. Osoby z cięższym przebiegiem infekcji grypopodobnej należy poddać diagnostyce genetycznej, a leczenie wdrożyć nie czekając na wyniki testów.

Ewa Kopacz
minister zdrowia

Andrzej Horban
krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych

Przypomnienie o sposobie postępowania wobec chorych dotkniętych ciężką sepsą lub wstrząsem septycznym w tym również w przebiegu zakażenia wirusem A/H1N1 dla Ordynatorów Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Polsce o obowiązujących w tym zakresie wytycznych i zaleceniach Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii

całkowicie zgodnych z międzynarodowymi wytycznymi opublikowanymi pod postacią Surviving Sepsis Campaign Guideines (SSC) i opublikowanych w czasopiśmie „Medycyna Praktyczna” 2008/03 oraz przyjętych w całości przez Nadzór Krajowy w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii, także z rekomendacji Polskiej Grupy Sepsy. do których dostęp można uzyskać poprzez stronę internetową Konsultanta Krajowego **www.anestezjologia.bydgoszcz.pl**.

Ewa Kopacz
minister zdrowia

dr hab. med. Krzysztof Kusza prof. UMK
konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum UMK
85-094 Bydgoszcz ul. Skłodowskiej-Curie 9
Tel. +48-52-585-47-50; tel/fax +48-52-585-40-22; e-mail: kikanest@cm.umk.pl
Bydgoszcz, 17.11.2009 (284/K/2009)

Indywidualne, indywidualne specjalistyczne oraz grupowe praktyki lekarskie zarejestrowane przed 1 stycznia 2008 r.

Zmiana numerów Polskiej Klasyfikacji Działalności

W związku ze zmianą sposobu klasyfikowania działalności gospodarczej z tzw. PKD 2004 na PKD 2007, która była konieczna do dostosowania polskich przepisów do regulacji wspólnotowych, wszyscy lekarze i lekarze dentyści prowadzący praktykę lekarską posiadający numery REGON powinni dokonać zmiany danych dotyczących prowadzonej działalności gospodarczej do 31 grudnia 2009 r. Jeżeli lekarz prowadzący praktykę nie zgłosi do tego momentu zmiany danych, to organy statystyczne dokonają

aktualizacji za niego, z urzędu. W związku z powyższym nie ma potrzeby udawania się do GUS-u celem złożenia stosownego wniosku. **Zalecane byłoby jednak sprawdzenie, czy dokonane z urzędu zmiany są prawidłowe.**

Należy podkreślić, że zmiana numerów PKD nie powoduje zmiany numeru REGON. Odrębnego wniosku nie wymaga dokonanie zmian danych w ewidencji działalności gospodarczej, gdyż informacja taka jest przekazywana do urzędów miast bezpośrednio przez Główny Urząd Statystyczny.

Nieco odmiennie przedstawia się sytuacja prawna spółek prowadzących grupowe praktyki lekarskie. Jeżeli umowa spółki zawiera oznaczenie przedmiotu działalności wg Polskiej Klasyfikacji Działalności, to niezbędne jest dokonanie stosownej zmiany umowy w formie, w jakiej pierwotnie została ona zawarta. Ponadto w wypadku spółek partnerskich należy dokonać stosownej zmiany wpisu w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ponownie informujemy, że wszystkie zmiany sposobu klasyfikacji działalności dotyczą jedynie przedsiębiorców zarejestrowanych przed 1 stycznia 2008 r. Podmioty zarejestrowane po tej dacie były oznaczane wg nowego PKD 2007.

Krzysztof Wójcikiewicz
przewodniczący OIL w Gdańsku

20-lecie odrodzonego samorządu lekarskiego

Casus olsztyński

Samorząd to lekarze i lekarze dentyści, którym ton nadają ich liderzy. Sukcesy i dokonania nie rodzą się same. Bez nich nie byłoby pomysłów, twórczych sporów, przekonywania środowiska o ich słuszności, wreszcie trudnej organizacji. Samorządem nie kieruje



Lech Dudziński w otoczeniu przyjaciół z izby lekarskiej.

jakaś magiczna centrala w stolicy ani tajne gremia, które wysyłają w teren dyrektywy i dokąd przywożą w teczkach aktywistów. Na ogół mamy do czynienia z dominacją lekarzy nad dentykami, choć nie zawsze, a na pewno nie w Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej. To właśnie tam lekarze dentyści: Anna Lella (sekretarz) i Lech Dudziński (przewodniczący rady) są spiritus movens integracji wszystkich olsztyńskich lekarzy. Anna jest równocześnie wiceprezesem NRL.

Próżno doprawdy szukać po kraju takiej drugiej pary przyjaciół, która doprowadziła do tego, że lokalna izba lekarska tętni życiem, a sala konferencyjna wypełnia się w każdą niemal sobotę nie „gadającymi głowami”, lecz lekarzami, słuchającymi wykładów w ramach bezpłatnych szkoleń. – Lekarze mogą tutaj poczuć, że część składki wraca do nich w wymiernej formie – wyjaśnia Anna Lella. Skarbnik WMIL to, zdaniem kolegów, prawdziwy cerber lekarskiej kasy. Za dłużnikami wysyła najpierw wytworne upomnienia, a chwilę potem... komornika. Dlatego w Olsztynie wszystko się zgadza, łącznie z kasą. Ofiarne i konsekwentnie pracuje Zygmunt Ziulkiewicz z Biskupca, rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Prawdziwą osobowością na olsztyńskim firmamencie jest Lech Dudziński, specjalista chirurgii szczękowej, który przewodził olsztyńskiej radzie w trzech kadencjach. Leszek to nie tylko kolega z pracy i studiów w Białymstoku, były wyczynowy piłkarz ręczny, dusza towarzystwa i współorganizator studiów medycznych w Olsztynie. To jest dla nas ktoś – mówią niemal chórem lekarze na Warmii i Mazurach.

ms

Nadwykonania czyli leczenie na kredyt

W wielu szpitalach odwołuje się planowe operacje, dostanie się do specjalisty w przychodni graniczy z cudem z powodu wyczerpania limitów. Tymczasem NFZ odmawia zapłaty nadwykonań twierdząc, że są one demonizowane. W przyszłym roku będzie jeszcze gorzej.

Przeważająca część tzw. nadwykonań to planowe zabiegi, które przeprowadzono z premedytacją licząc, że Fundusz za nie zapłaci – mówi wprost Robert Zawadzki, dyrektor gabinetu prezesa NFZ. – Dyrektorzy liczą, że w ten sposób będą mieli argument za zwiększeniem kontraktu, zapomnieli tylko, że w nowym systemie JGP możliwa jest dokładna kontrola wykonanych świadczeń i od razu widać czy był to zabieg ratujący życie czy nie.

W podobnym duchu w wywiadzie dla „Gazety Wyborczej” wypowiadała się także minister Kopacz. – Widać, że dyrektorzy nie umieją rozplanować kontraktu i rozłożyć limitu na cały rok i stąd dzisiejsza sytuacja – twierdzi. I radzi pacjentów ustawiać w kolejce.

O tym, że najwyraźniej źle limity oszacowano jakoś żaden z decydentów nie wspomina...

Limity do połowy

Tymczasem Ogólnopolski ZZL ogłosił wręcz, że „w szpitalach trwa strajk”. – W szpitalach skończyły się albo właśnie się kończą roczne limity przyjęć zawarte w kontraktach z NFZ-em – wyjaśnia Dariusz Hankiewicz, przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Zatrudnionych w ZOZ Naczelnej Rady Lekarskiej, a także dyrektor szpitala w Radzynie Podlaskim. – Stoimy pod ścianą, bo nie chcąc pogłębiać zadłużenia musimy ograniczać przyjęcia chorych. Mój szpital taką reglamentację świadczeń zdrowotnych wprowadził jako pierwszy już w maju.

Teraz na liście szpitali, w których pacjenci są odsyłani, o ile ich stan nie wymaga ratowania zdrowia i życia, widnieje już w całym kraju ponad 67 placówek. I wszystko wskazuje na to, że do końca roku to grono się jeszcze poszerzy.

NFZ odmawia zapłaty wielomilionowych kwot za świadczenia wykonane ponad kontrakty: SP ZOZ we Włodawie ma za ubiegły rok niezapłacone ponad 1,7 mln zł, SP ZOZ w Kraśniku domaga się ponad 3 mln zł, SP z Radzyna Podlaskiego – za ubiegły i obecny rok 3 mln zł, Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu najprawdopodobniej do końca roku przekroczy kontrakt o ok. 7 mln zł.

– Tylko za bieżący rok mamy nadwykonania o wartości 18 mln zł. Jak dotąd nie zobaczyliśmy ani grosza – mówi Jan Gierada, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach.

Najgorzej w Małopolsce

Rekordzistą jest – można by rzec tradycyjnie, bo taka sytuacja zdarza się po raz kolejny – małopolski oddział NFZ. Większość szpitali w regionie należałoby po prostu zamknąć i ponownie otworzyć po 1 stycznia 2010 r.

– Największe nadwykonania mamy na Oddziale Pediatrycznym. Tam limit został już zrealizowany na cztery miesiące naprzód. Kwotowo natomiast największe przekroczenia mamy na Oddziale Chirurgii – mówi Tadeusz Augustyn, zastępca dyrektora SP ZOZ w Proszowicach.

Łączna suma zaległości NFZ wobec proszowickiego szpitala z tytułu nadwykonań wyniosła ponad 2,9 mln zł. Dlatego od 1 października do szpitala przyjmowani są tylko ci pacjenci, których stan bezpośrednio zagraża życiu. Pozostali, po przebadaniu, są ustawiani w kolejce. Ale to nie wszystko. Już dziś wiadomo, że nie wszystkie zakupy inwestycyjne zaplanowane na ten rok uda się zrealizować. Nie ma też możliwości zastąpienia urządzeń, które zepsuły się w trakcie mijającego roku. – Można powiedzieć, że diagnostyka w przyszłym roku może się z tego powodu pogorszyć. Mówiąc natomiast wprost – powiem, że cofniemy się przez to w jakości świadczonych usług – stwierdza Augustyn. Jedyna szansa na odzyskanie przynajmniej części zaległych pieniędzy to zwrócenie kosztów leczenia pacjentów z innych województw.

Ściana wschodnia dyskryminowana

Najgłośniej protestują placówki tzw. ściany wschodniej. Tamtejszy dyrektorzy czują się dyskryminowani, bo zgodnie z algorytmem podziału środków w NFZ i tak dostają mniej pieniędzy niż inne województwa. W dodatku dyrektor Hankiewicz przypomina także, że w czerwcu, podczas wystąpienia w Sejmie minister Ewa Kopacz twierdziła, że „stać nas na to, aby zapłacić 100 proc. nadwykonań, 100 procentom świadczeniodawców, którzy po te pieniądze w ramach drogi regulowanej prawem wystąpią”. Kopacz obiecała wtedy, że zwrot kosztów za

nadwykonania będzie załatwiany w trakcie tzw. ugód przedsądowych. Szpital w Radzynie Podlaskim skierował sprawę do sądu, ale na rozprawę, która miała się odbyć w połowie listopada, nie przybył nikt z NFZ. Nie doszło więc do ugody. – I teraz została nam tylko droga sądowa dużo droższa no i ciągnąca się pewnie latami – nie kryjąc rozgoryczenia mówi dyrektor Hankiewicz, który od sędziów dowiedział się, że przedstawiciele Funduszu stawiali się do tej pory na ugody. – Zapytałem które szpitale prosiły o te ugody. Okazuje się, że były to placówki z mazowieckiego i śląskiego. Interpretację tego faktu pozostawiam Czytelnikom...

W efekcie – jak pokazują dane dotyczące kolejek na różne rodzaje świadczeń medycznych opublikowane przez podlaski oddział NFZ – na endoprotezoplastykę stawu kolanowego trzeba poczekać aż 1067 dni – blisko trzy lata.

– To nie jest wina szpitali – podkreśla Marian Jaszewski, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Łomży. – My mamy sprzęt i lekarzy, ale nie mamy za co leczyć. Skoro Fundusz twierdzi, że nie zapłaci za żadne nadwykonanie nie będące ratowaniem życia, to my nie możemy przyjmować takiej liczby pacjentów jak wcześniej. A środki przekazane przez NFZ skończyły się w pierwszej połowie roku – wylicza Jaszewski.

O pieniądze za nadwykonania zamierza także walczyć Artur Puszek, dyrektor szpitala w Nowym Sączu. – Przede wszystkim jesteśmy jedną placówką na tym terenie i nie mam gdzie odsyłać pacjentów. Wszystko, co jest zatem ponad to, jest to nadwykonanie „funduszowe”, nie moje. Nie ja więc tworzę nadwykonania, a Fundusz – twierdzi.

Karać lekarzy

Podane wyżej przykłady można oczywiście mnożyć w nieskończoność, bo większość placówek ma takie kłopoty. – W najlepszej sytuacji są placówki prywatne, mające kontrakt z NFZ, bo one wykonują jedynie zabiegi planowe i dostaną 100 proc. stawki, reszta, chcąc nie chcąc, zadłuży się – mówi gorzko Marek Balicki, poseł i dyrektor szpitala wolskiego w Warszawie.

Kilku dyrektorów nie chcąc wpaść w pułapkę zadłużenia oprócz ograniczenia liczby przyjęć postanowiło także zaistniałą sytuację... ukarać lekarzy. Tak jest np. w szpitalu miejskim w Toruniu, gdzie za przekroczenie limitów ordynatorów oddziałów czekają kary finansowe. Dostaną oni o tyle procent mniejszą pensję, o ile więcej przyjęli pacjentów. Dyrekcja tłumaczy, że szpital już przekroczył limity na sumę ok. 4 mln zł (przy rocznym budżecie 50 mln zł), a nie chce dopuścić do

nadmiernego zadłużenia, bo to spowodowałoby zapaść finansową placówki.

– Stąd pomysł, aby zastosować taki mechanizm, który spowoduje większe przestrzeganie limitów – tłumaczy Andrzej Przybysz, wicedyrektor Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu. – Negocjujemy z koordynatorami oddziałów, aby w ich umowach znalazł się zapis nakładający kary finansowe za przekraczanie pułapu zadań. Ma to być czynnik dyscyplinujący lekarzy, by tego zakresu usług pilnowali.

Co na to lekarze? – Nie jest to dobry pomysł – uważa dr Piotr Hubert, koordynator oddziału chirurgii ogólnej, onkologicznej i naczyn. – Z jednej strony rozumiem dyrekcję, że chce uniknąć zadłużenia szpitala, jednak z drugiej trzeba pamiętać o tym, że nie zawsze da się zaplanować liczbę zabiegów i badań. Już teraz w wielu szpitalach ci pacjenci, którzy mieli zaplanowane zabiegi, są przesuwani na następny rok.

Będzie gorzej

W przyszłym roku dostęp pacjentów do leczenia jeszcze się pogorszy, bo do NFZ wpłynie o 1,5 mld zł mniej niż w 2009 r. Dyrektorzy szpitali uważają, że sytuację mogłoby uratować zaciągnięcie przez NFZ pożyczki bankowej. Nie zgadza się z tym prezes Funduszu Jacek Paszkiewicz, który nie chce brać miliarda czy nawet półtora miliarda zł kredytu, a później latami spłacać 300-400 mln zł rocznych odsetek.

– Wiele wskazuje na to, że system opieki zdrowotnej wchodzi dziś w największy kryzys od 10 lat. Już dziś wiadomo, że kontrakty szpitalne podpisywane z NFZ na przyszły rok będą o ok. 10 proc. niższe od obecnych. Musi się to odbić na pacjentach – nie ukrywa Marek Balicki.

Dyrektor Marian Jaszewski nie wyklucza konieczności wygaszania pracy części oddziałów. Nie jest jedyny. – Jeśli to się nie zmieni, to za rok, w listopadzie, mojego szpitala może już nie być – mówi Hankiewicz. – Przyczyna jest jedna: mamy za mało pieniędzy w systemie. Trzeba podnieść składkę zdrowotną, bo niestety społeczeństwo się starzeje, chorych i potrzebujących pomocy nie będzie ubywać. Trzeba pomyśleć o współpłaceniu i o alternatywnych ubezpieczeniach.

Ta sytuacja najlepiej pokazuje, że wieloletni postulat środowiska o zwiększenie wysokości składki nie był podyktowany tylko chęcią zwiększenia lekarskich zarobków – co zarzucała izbie lekarskiej minister Kopacz. Po prostu bez większych nakładów na ochronę zdrowia kolejki pacjentów będą się wydłużały w nieskończoność.

Anna Augustowska
Agnieszka Katrynicz

REKLAMA

REKLAMA

Specjaliści czują się dyskryminowani

Agnieszka Katrynicz

Lekarze specjaliści uważają, że są dyskryminowani, bo zarabiają mniej niż rezydenci. Dlatego zaczęli składać pozwy do sądów.

Pierwszymi medykami, którzy – po wejściu w życie rozporządzenia ministra zdrowia z 23 kwietnia 2009 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury – zdecydowali się na ten krok, byli lekarze z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku i Szpitala Psychiatrycznego w Choroszczy. Domagają się odszkodowań w wysokości po ok. 40 tys. zł. To – według przewodniczącego podlaskich struktur OZZL Ryszarda Kijaka – pierwsze tego typu pozwy. Jak mówi, tylko w województwie podlaskim jest półtora tysiąca lekarzy, którzy gotowi są pójść do sądu. Sam jest anestezjologiem pracującym w USK i należy do grupy 5 osób, które jako pierwsze zwróciły się do sądu pracy.

Zauważyć problem

– Złożyłam pozew głównie po to, aby zwrócić uwagę na problem, może ktoś w ministerstwie nas usłyszy – mówi Maria Jolanta Niedźwiecka, radiolog z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Wynagrodzenie zasadnicze większości specjalistów z doktoratami i wieloletnim stażem, zatrudnionych w USK, waha się w granicach 2499-3064 zł, czyli jest nawet o półtora tysiąca zł mniejsze niż minimalne wynagrodzenie rezydentów z najwyższej grupy. Różnica ta wynika z tego, że poziom płac rezydenckich określa Ministerstwo Zdrowia (i to ono je wypłaca), a pensje specjalistów zależą od dyrektora szpitala i wypłaca się je z budżetu placówki. Rodzi to niezdrową sytuację, kiedy lekarz z lepszym wykształceniem

i doświadczeniem zarabia mniej niż młody kolega, który się od niego uczy. Narusza to zasadę równego traktowania w zatrudnieniu – uważa OZZL.

Wyrównać czy zwiększyć?

Kijak, występując przed sądem, mówił, że specjaliści chcą zarabiać o połowę więcej niż rezydenci. Jako podstawę roszczeń wskazał Kodeks pracy, który zakłada gradację wynagrodzeń w zależności m.in. od doświadczenia, rodzaju wykonywanej pracy, jej złożoności, wykształcenia pracownika.

Lekarka hematolog ze szpitala uniwersyteckiego oszacowała swoje odszkodowanie za 9 miesięcy 2009 r. wraz ze stawkami za dyżury na kwotę 38,9 tys. zł. Druga lekarka ze szpitala psychiatrycznego w Choroszczy domaga się 41,6 tys. zł.

Pełnomocnicy obu pozwanych szpitali wnieśli o oddalenie powództwa, tłumacząc m.in., że rezydenci są opłacani przez Ministerstwo Zdrowia, które ustaliło stawki, nie może więc za to odpowiadać dyrekcja szpitala (szpital płaci rezydentom jedynie za dyżury). Szpital uniwersytecki argumentował również w odpowiedzi na pozew, że stawki dla rezydentów ustalone w rozporządzeniu ministra zdrowia miały zahamować migrację młodych lekarzy za granicę.

Kijak powiedział, że lekarze specjaliści nie rozumieją, dlaczego z punktu widzenia ministerstwa bardziej należy zatrzymywać młodych lekarzy rezydentów, którzy dopiero się uczą, niż już wykształconych i doświadczonych specjalistów. – Specjalista jest kierownikiem na dyżurze i dostaje 30-40 proc. mniej niż rezydent, który jest od uczenia się zawodu i znajduje się pod jego nadzorem – mówił w sądzie Kijak.

Mistrz kontra uczeń

Z kolei lekarze ze szpitala w Choroszczy najpierw postanowili zaprotestować przeciwko niskim zarobkom. Na dwie godziny odeszli od łóżek – na oddziałach zostali w tym czasie tylko lekarze dyżurni. Lekarz z drugim stopniem specjalizacji i np. 20-letnim stażem pracy zarabia tu ok. 2500 zł brutto. Jest to najniższa płaca w kraju. – Na rękę dostaję 2,2 tys. zł. Nawet niektóre pielęgniarki mają więcej niż ja. Nie wspominając już o rezydentach, których pensja jest wyższa o tysiąc złotych – mówi Marzanna Sołowiej, szefowa OZZL w Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczy. – Nie może tak być, że uczeń zarabia więcej niż mistrz. Z postulatami lekarzy solidaryzuje się nawet dyrekcja placówki, ale nie może im pomóc, bo pieniędzy brakuje, a kontrakt na 2010 r. będzie o 2 proc. niższy od tegorocznego. Na razie Sołowiej złożyła pozew do sądu pracy. – Czy wygramy? Nie wiem – mówi. – Na zdrowy rozum powinniśmy wygrać, ale nigdy nie wiadomo. Jest to zresztą dla nas jedyna możliwość walki o wyższe pensje.

Będą następni?

Związek namawia innych lekarzy do składania podobnych pozewów, a jednocześnie tworzy listę szpitali, gdzie różnice w pensjach wyglądają podobnie. Na razie na liście znalazło się 65 placówek – tylko tych, z których lekarze sami zechcieli zgłosić te dysproporcje. Istotą pozwu jest dochodzenie odszkodowania za naruszenie zasady równego traktowania w zatrudnieniu (art. 183d Kodeksu pracy), a nie roszczenie o wyższą płacę, gdyż dotychczasowe próby sądowego jej dochodzenia, np. w oparciu o art. 13 kp (prawo do godziwego wynagrodzenia) nie przynosiły efektu. – Ponieważ pozew ten nie jest roszczeniem o ustalenie wyższego wynagrodzenia, po ewentualnej wygranej przez lekarza w sądzie dyrektor szpitala nie będzie zobowiązany do podniesienia mu płacy, a tylko do wypłaty odszkodowania – tłumaczy Kijak. – Niemniej jednak podwyżki można się spodziewać, bo dyrektor będzie rozumował logicznie, iż jeśli nie podwyższy powodowi-lekarzowi uposażenia, to on znowu – za jakiś czas, np. za 6 miesięcy – wystąpi do sądu o kolejne odszkodowanie, i znowu wygra, co licząc odsetki będzie dla dyrektora droższe niż odpowiednie podniesienie płacy.

Sąd podwyższy?

To oznacza, że teraz to sędziowie będą musieli rozstrzygnąć, ile mają zarabiać lekarze specjaliści. Wygrana przed białostockim sądem, gdzie trafiły pierwsze wnioski, może stworzyć niebezpieczny precedens – spowodowałoby to konieczność wypłaty specjalistom olbrzymich odszkodowań i wpędziłoby szpitale w jeszcze większe długi. Dlatego dyrektorzy już dziś bronią się przed ewentualnymi roszczeniami. Krzysztof Bederski, dyrektor ds. leczenia Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie podkreśla, że lekarze rezydenci, wykonujący zabiegi czy udzielający porad, ponoszą taką samą odpowiedzialność prawną i zawodową jak uczący ich fachu specjaliści. – Zgadzam się, że specjaliści mają większe doświadczenie i my im za to płacimy w formie dodatków, wypłatą tzw. stażowego itp. W efekcie pensja zasadnicza specjalisty wynosi u nas od 4,3 do 4,8 tys. zł, czyli znacznie więcej, niż otrzymują rezydenci – przekonuje dyrektor. Zaznacza, że podwyższenie uposażeń przy obecnym poziomie finansowania przez NFZ nie wchodzi w grę.

Choć akcja sądowa lekarzy formalnie skierowana jest przeciwko dyrektorom szpitali, w rzeczywistości – jak podkreśla Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL – jego adresatem jest rząd i parlament, bo to od posłów i ministrów zależy, ile pieniędzy wpływa do kasy funduszu. Ostatecznie – jeśli lekarze wygrają – rządzący będą musieli znaleźć pieniądze na wypłatę odszkodowań. To kolejna próba walki o zwiększenie lekarskich zarobków – warto przypomnieć, że związek domagał się niedawno m.in. określenia płacy minimalnej.

Co będzie, jeśli sąd nie stanie po stronie medyków? Dr Jerzy Friediger, przewodniczący ORL w Krakowie nie wątpi, że wielu specjalistów odejdzie ze szpitali publicznych do prywatnych klinik lub gabinetów, gdzie zarobią znacznie więcej. Zmaleje też zainteresowanie rozpoczynaniem specjalizacji, przede wszystkim tych, które są najmniej dochodowe. W ostateczności zapłaci zatem pacjent, który w kolejce do specjalisty będzie czekał jeszcze dłużej niż dziś.

Na razie sąd odroczył sprawę. Przed wydaniem wyroku chce poznać m.in. regulamin wynagrodzeń rezydentów, specjalistów, a także umowę, jaka jest zawierana z ministerstwem w sprawie rezydentów oraz poszczególne składniki wynagrodzeń.

Razem, ale sprawiedliwie

Czytając tekst kol. Anity Pacholec („Razem czyli osobno”, „GL” nr 11/2009) mogliśmy się choć chwilę poczuć jak wielcy kreatorzy sztuki, którym w wywiadach młodzi dziennikarze wmawiają, co chcieli oni swym najnowszym dziełem wyrazić. Taki malarz czy reżyser z początku protestuje, że chciał wyrazić coś innego, ale z biegiem wywiadu w końcu się poddaje.

Nie inaczej jest w tym przypadku. Już w drugim rozdziale pani doktor Pacholec przeprowadza śmiałą tezę, że na pewno cel propagatorów autonomii jest dalekosiężny (rozdziół izb), wmawia Czytelnikom, że tak jest na pewno i snuje dalej czarny scenariusz według uprawdopodobnionej przez siebie tezy. Jest to manewr przeciwczony przez Naczelną Izbę Lekarską w Sejmie podczas debaty o ustawie o izbach lekarskich. NRL zawyrokowała, że chodzi tu o rozłam, a następnie roztoczyła czarną wizję strasząc okręgowe izby przejściem majątku izbowego przez państwo, a posłów rozpadem samorządu pielęgniarek i położnych (też mają wspólną izbę).

Sęk w tym, że nikt z liderów autonomii nie zapowiada takiego ruchu i nie bardzo wiemy, dlaczego nasze zdanie ma być w tym względzie niewiarygodne. Kto wie jak potoczy się historia, ale na dzień dzisiejszy tekst A. Pacholec jest próbą dyskusji z projektem politycznym, którego nikt nie zgłosił.

Nie ma więc sensu dyskutować z analizą zysków i strat z osobnej izby dentystycznej dokonaną przez kol. Pacholec. Może tylko trzy uwagi:

1. W owej analizie zyski jednak przeważają. Czy wymieniane przez Autorkę: skupienie się na sprawach stomatologicznych, łatwość zarządzania, większa determinacja i skuteczność działania – to mało? A straty?: izolacja naukowa (?), dostęp do „Gazety Lekarskiej” i utrata prestiżu (?) – straty raczej iluzoryczne (nawiasem mówiąc proszę nie robić z lekarzy dentystów „sierot”, co to łaknąc wiedzy nie zajrzą nigdzie poza to, co im listonosz do domu przyniesie).
2. Owa „jedność lekarska” jest pojęciem socjologicznym, a nie prawnym i nie zależy od tego której izbie płacimy składkę. Zasada się ona na tym, że kończyliśmy te same uczelnie, mieli-

śmy tych samych profesorów, często jesteśmy wzajemnie pożenieni i – co najważniejsze – hołdujemy w pracy tym samym zasadom etycznym. Jak widać stomatolodzy dzielą się na tych, dla których ich „lekarskość” nie wymaga ciągłego udowadniania i na tych, którzy muszą ciągle się w tym poczuciu utwierdzać.

3. Aspekt finansowy: tu zgoda – nie da się utrzymać 24 izb dentystycznych za 40 zł składki miesięcznie.

A teraz o naprawę poważnych rzeczach.

Wiele z poniższych tez można znaleźć w naszych publikacjach („Dentonet”, „E-Dentico”, „Galicyska Gazeta Lekarza Dentysty”) czy na stronie www.autonomia-dent.pl.

Autorka ubolewa, że demokracja nie daje rady małej grupie „wywrotowców”. Otóż teza, że demokracja to rządy większości jest połową definicji. W rozwiniętych demokracjach większość wspiera mniejszości i gwarantuje im minimalne prawa według wytyczonego przez ogół kanonu. W państwie demokratycznym kanonem takim jest konstytucja. Jako inicjatorzy dyskusji podnieśliśmy wątpliwość czy z pozoru logiczny parytet proporcjonalnego składu organów równy stosunkowi liczebności obu zawodów z uwagi na swą dramatyczną rozpiętość (78% do 22%) nie powoduje, że zasady reprezentacji zawodu lekarza dentysty przybierają charakter fasadowy i czy w takim systemie dentyści mają realne narzędzia do swej skutecznej reprezentacji. Postawiliśmy postulat, aby zachować ten parytet obudowując go zapisem dającym nam możliwość samodzielnego wyboru naszej 22-procentowej części jednego tylko z 4 organów – rad lekarskich (podana proporcja 22 do 78 występuje w ujęciu krajowym – w okręgowych izbach może się nieco różnić).

Radzimy Koleżance nie wymyślać trzeciej drogi, nie tworzyć podwalin pod nowe nauki polityczne i przyjąć z pokorą, że od strony naukowej (politologicznej i prawno-konstytucyjnej) **jest dużą różnicą** czy dana grupa ma swobodę kształtowania swojej reprezentacji czy nie. Gdyby tak nie było, to nie byłoby sensu przeprowadzać wyborów powszechnych do parlamentu czy europarlamentu. Posłów czy deputowanych można by inaczej wyznaczyć stawiając jedynie warunek, aby byli to Polacy. Mając 22% w każdym z 4 organów wybieranych przez zjazd, w składzie którego jest też 22% dentystów, uzyskujemy wpływ na wybór naszej w tych organach 22-procentowej skromniutkiej mniejszości też tylko w 22%. Mamy więc ćwierć z ćwierci wpływu. Nawet w ciałach takich jak Komisja Stomatologiczna NRL praktycznie jej całość wybierana jest w 80% przez lekarzy. Inni mi słowy prawie 80% elektoratu takiego ciała nie ponosi skutków dobrej lub złej pracy tego gremium. **Czy to są standardy współczesnej demokracji?**

Bynajmniej nie uważamy się za mniejszość. Twierdzenie, że „większość chce, by zostało tak jak jest” to teza nie poparta żadnym dowodem. Naczelna Rada Lekarska odmówiła nam w zeszłym roku wykonania reprezentatywnego badania wśród stomatologów, a z ankiety przeprowadzonej przez nas wynika, że zdecydowana większość delegatów-dentystów na krajowy zjazd lekarzy poparła odrębne wybory.

Stanowisko NRL co do kształtu ordynacji wyborczej zapadło wskutek negatywnej rekomendacji Komisji Stomatologicznej NRL podjętej w 18-osobowym składzie. Rekomendacja ta została wsparta (patrz protokół NRL z 18 września 2008) zdaniem szefa Komisji Wyborczej NIL o niekonstytucyjności Autonomii Stomatologów, o czym miała świadczyć opinia znanego konstytucjonalisty. Kiedy poprosiliśmy

o tę opinię, to okazało się, że wyrażona została... przez telefon.

W ferworze ostatniej dyskusji padło również zdanie świadczące o tym, że posługiwanie się w tym sporze konstytucją jest wręcz śmieszne czy pretensjonalne. Pomyślmy: **ileż takie środowisko musiało mieć w sobie pewności siebie (żeby nie powiedzieć zarozumialstwa), aby wybierać kolegów i sędziów, wymierzać kary Kolegom mając jednocześnie tak ambiwalentny stosunek do prawa i jego źródła, jakim niewątpliwie jest konstytucja.**

Dopytuje się nas Koleżanka, co dałaby zasada, aby do jednego z 4 organów wybory były odrębne. Otóż upodmiotowiłoby to Delegatów. W ciągu ostatnich ośmiu lat delegaci na krajowy zjazd lekarzy zebrali się:

- na 20 minut w Toruniu (2003),
- na 30 minut w Warszawie (styczeń 2008),
- na dwugodzinnej konferencji poświęconej autonomii w kwietniu 2008.

Chcąc wciągnąć nowych, młodych lekarzy do pracy, zapraszając ich do samorządu trzeba zagwarantować im minimum prerogatyw. Takim minimum mogłoby być wyłączne prawo do wyboru członków rady lekarskiej i wskazania kandydata na wiceprezesa rady. Tylko w ten sposób można z delegatów uczynić prawdziwych pośredników i wyrazić woli lekarzy dentystów. I do tego szanowanych przez wybrane przez nich władze. Każdy, kto – jak niektórzy nasi koledzy delegaci – napisał kiedyś do Komisji Stomatologicznej NRL i nie otrzymał nawet odpowiedzi, wie z pewnością, o czym mowa.

Czas prostych dylematów się skończył. Zamykając się w wąskim kręgu osób namaszczanych przez kolejnego Prezesa NRL (tak się *de facto* wyłania na krajowym zjeździe członków NRL – kto był, ten wie, co to „lista Prezesa”), a co gorsza nie korzystając z wiedzy i umiejętności delegatów

na KZL nasz stomatologiczny management odcina się od dopływu pomysłów. Dobre pomysły rodzą się i weryfikują tylko w trakcie dyskusji. Ileż można dyskutować we wciąż tym samym gronie? Czy nasza inicjatywa oznacza nieufność wobec lekarzy? Nie. Nasze interesy nie muszą być sprzeczne. Starczy, że znaczenie poszczególnych interesów jest dla nas różne. My, stomatolodzy, po prostu mamy swoją specyfikę i na nieco inne rzeczy kładziemy akcenty. I to wystarczy, aby mieć powód domagać się samodzielnego wyboru 22% reprezentacji w JEDNYM organie.

Czy to wszystko może mieć jakiś wymierny skutek? Oczywiście. W chwili, gdy kreślimy tę ripostę, trwa przeciąganie liny w sprawie rentgenów: niby obowiązkowych, niby nie (dla wszystkich gabinetów NFZ).

W tym momencie, kiedy lekarze dostają z różnych źródeł sprzeczne wiadomości, kiedy nie wiedzą czy będą mieli kontrakt od stycznia, kiedy oddziały NFZ zapowiadają cięcia stawek, kiedy znikają dopłaty, a inflacja żąda nam podwyżkę „wedłowską”, kiedy szukają jakiejś pewności, że ktoś z ich reprezentacji o tym myśli – w tym właśnie momencie ostatni wpis na stronie internetowej Komisji Stomatologicznej NRL pochodzi z 12 września, a tak ważna sprawa jak groźba wymazania z mapy świadczeniodawców 75% gabinetów nie wywołała nawet oficjalnej reakcji NIL. Czy tak zachowywałaby się ekipa choć trochę zależna od swych wyborców?

I nie ma się co doszukiwać drugiego dna, insynuować nam osobiste ambicje i puszczać oko do naszych kolegów, aby nas nie wybierali. Lekarze dentyści nie napiszą do NIL skargi. Oni po prostu – jeśli nawet wzięli udział w tych wyborach – nie przyjdą na następne.

Andrzej Stopa, Kraków
Andrzej Cisko, Poznań
Dariusz Kościelniak, Kraków
Lech Szadziuk, Szczecin

TOWARZYSTWO SZKOLENIA PODYPLOMOWEGO EURODENS

w Lublinie
zaprasza na

VI Forum Stomatologii Praktycznej – Krynica 2010

14-21 lutego 2010 – Krynica Zdrój

(w godz. 16.00-20.30 – 30 godz., 30 pkt. edukac.)

Miejsce obrad: Hotel Lwigród, ul. Nitribitta 6, www.hotel-lwigrod.pl

Informacje: 0661-898-179 lub 0601-244 319, www.eurodens.pl

Grupa wsparcia i rozdarcia



foto: Marek Stankiewicz

Krystyna Knypl

Zamknięte portale przeznaczone dla lekarzy stały się ciekawym miejscem wymiany doświadczeń zawodowych, szybkiego uzyskiwania konsultacji z różnych specjalności, a także specyficznego życia towarzyskiego; miejscem wytchnienia od rzeczywistości oraz koleżeńskiego wsparcia w trudnych chwilach – jak własne problemy ze zdrowiem, choroba bliskich, trudny egzamin czy napięcie pomiędzy poszczególnymi uczestnikami e-grupy.

Dzięki rygorom rejestracji lekarze w nieskrepowany sposób wiodą niemal rajskie życie, zbliżone do ideału – mogą do woli dyskutować np. o pacjentach, jednocześnie sącąc przy tym drinki bez naruszania przepisów prawa.

Wirtualne portale społecznościowe nie-spostrzeżenie stały się stałą składową naszego realnego życia. Zwolennicy randek, fotografowania, sportów ekstremalnych czy podróży mogą skupiać się w sieci i wymieniać poglądy, chwalić się osiągnięciami i prezentować swoje prace. Naturalną kolejną rzeczą również medycyna ma swoje miejsce w sieci. Sporo aktywności internauci poświęcają na omawianie swoich chorób oraz krytyczne komentowanie naszej pracy i systemu ochrony zdrowia. Zbėszać lekarza, nawyzywać go od najgorszych – to ulubiona rozrywka polskiego internauty.

Na portalu publicznym głos lekarza ginie w chórze wszechwiedzących, tych, którym „się należy” oraz zwolenników zwracania kosztów naszych studiów medycznych przez katorżniczą i dożywotnią służebność wobec wszystkich chętnych. Zrozumiałe jest więc chronienie się lekarzy na portalach zamkniętych.

Wymiar światowy

Zamknięte portale dla lekarzy powstały na całym świecie, ale chyba największą karierę zrobił **www.sermo.com**, który jest dostępny tylko dla osób praktykujących w Stanach Zjednoczonych. Założycielem portalu jest dr Daniel Palestrant, który opuścił rezydenturę z chirurgii w Beth Israel Deaconess Medical Center i rozpoczął w iście amerykańskim stylu karierę człowieka wpływowego, z którym liczą się organizacje lekarskie, firmy farmaceutyczne i organizatorzy ochrony zdrowia, choć nie zawsze wszyscy żyją ze sobą w zgodzie.

Charakter forum, nieskrepowany żadanymi gorsetami formalizmu, okazał się niezbyt wygodny dla wielu ważnych ludzi, firm i organizacji. Wstępny romans **www.sermo.com** z American Medical Association zakończył się rozwodem i Sermo poszukuje innych sposobów finansowania swojej egzystencji i rozwoju. Jednym z

pomysłowych rozwiązań są płatne karty wstępu do tzw. pokoju z weneckim lustrem, gdzie przedstawiciele Big Pharma, niewidoczni dla uczestników i niemający prawa głosu, obserwują co i o czym lekarze piszą. Uczestnicy portalu wiedzą, że taka obserwacja ma miejsce i akceptują ją, bo wiedzą, że ich spostrzeżenia mają bardzo duże znaczenie. Wczesne sygnały o działaniach niepożądanych leków, dotychczas nie zgłaszane, są jednym z ważniejszych aspektów takiej wymiany poglądów. Oficjalne formularze w większości krajów są skomplikowaną budową odstraszać lekarzy od ich wypełniania, a zadanie w Internecie krótkiego pytania: „Czy obserwujecie koszmarnie sny po leku X?” uruchamia całą lawinę wymiany obserwacji.

Wymiar krajowy

Mamy w Polsce kilka portali społecznościowych, które konkurują o względy lekarzy. Do najpopularniejszych należą **www.esculap.pl**, **www.konsylium.pl**, **www.mlodylekarz.pl**, **www.przypadkikliniczne.termedia.pl** oraz kilka innych, gdzie oferta społecznościowa jest fragmentem działalności wydawniczej (przykładem platforma blogowa *Rynku Zdrowia*).

Wszystkie są w fazie rozwojowej lub przekształceniowej i czas pokaże, czy będą to gremia, z którymi liczą się organizacje lekarskie, sfery rządowe oraz media. Z pewnością są to ciekawe miejsca zarówno pod względem zawodowym, jak i towarzyskim. Część polskich portali za grupę docelową uznają wszystkich pracowników systemu ochrony zdrowia, co w istotny sposób zaważyło na ich rozwoju.

Jedynie **www.konsylium24.pl** zdecydowało się nie stawiać na demokrację w medycynie i jasno zadeklarowało, że jest to portal wyłącznie dla lekarzy. Ekskluzywność portalu oraz nienarzucanie tematów zaowocowało wieloma dyskusjami merytorycznymi, sympatycznymi e-imprezami towarzyskimi oraz burzliwymi debatami o wielu sprawach, od etyki lekarskiej poczynając, przez wychowanie dzieci, zagadki malarskie, na zawartości bibliotek w lekarskich domach kończąc.

Istniejący od wielu lat portal **www.esculap** jest otwarty dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia i ma bogatą bazę zarejestrowanych członków. Dyskusje toczą się pod przedrukami artykułów z prasy codziennej, dotyczących medycyny. Jednak chyba idea ograniczonego do jednego zawodu medycznego portalu ma swoje walory, niebawem bowiem rusza na esculapowych serwerach portal, gdzie wyłącznie pielęgniarki i położne, bez uczestnictwa innych osób, będą mogły omawiać problemy swoich zawodów. Portal **Esculap** tradycyjnie też skupia lekarzy pracujących poza granicami Polski.

Wiedza innych zawodów bywa pomocna dla lekarzy i portal **www.przypadkikliniczne.termedia.pl** kusi ofertą bezpłatnych porad prawnych oraz bogatymi zasobami wydawnictw Termedia. Czy temu najmłodszemu stażem portalowi uda się dogonić i osiągnąć dynamikę dwóch poprzednich? Czas pokaże.

Typologia praktyczna

Warto zapoznać się nie tylko z problemami medycznymi, które są poruszane na lekarskich portalach społecznościowych, ale także popatrzeć na typy ludzkie. Sprawdzając wirtualną listę obecności można zauważyć, że lekarze rodzinni stanowią w e-społecznościach sporą grupę. Dla tych specjalistów, z uwagi na interdyscyplinarne charakter ich praktyki, możliwość zasięgnięcia e-konsultacji innego kolegi jest szczególnie cenna. „Wrzucenie” do Internetu fotografii zmiany na skórze i podanie jej tam ocenie przez dermatologów może realnie ułatwić życie lekarza i jego pacjenta. Rodzinni dyskutują z internistami o zakresach kompetencji i o tym, co „się” komu „należy”. Psychiatrzy imponują tajemniczą i jakże inną od reszty medycyny wiedzą, szerokimi horyzontami, a także specyficzną więzią ze swoimi pacjentami. Wielu uczestników wpada na forum podczas dyżuru i znajduje w wirtualnym świecie chwile wytchnienia.

Zwraca uwagę nieobecność akademickiego czy ministerialnego establishmentu, który pozbawiony atrybutów władzy ze świata

realnego nie znajduje chyba uzasadnienia do stawiania czoła rozdyktowanym, a czasem także rozbawionym uczestnikom forum, weekendy bowiem to często czas wspólnych wirtualnych imprez ze wszystkimi ich atrybutami, nie wyłączając linków (odsylaczy) do np. dobrej muzyki.

Wirtualne namiętności

Jeśli portal jest żywym tworem, to życie realne odbija się tam w interesującym zwierciadle. W każdym stadzie jest oczywiście jakiś dominujący samiec alfa – ale o ile w przyrodzie zwykle jest to groźnie pomrukujący lew z wylinią grzywą, to w sieci spotkamy często lwiatko, które wzrastało razem z Internetem i pamięta jak rodzice niewprawnie klikali na jego komputerze poszczególne komendy i wołali go o pomoc, gdy sprzęt się zawiesił. Obraz bezradnego internetowo rodzica niejako zawiesił się lwiatku w mózgu i mierzy nim wszystkich, którzy są od niego starsi o więcej niż 5 lat. Wiedzę pokolenia rodziców i doświadczenie osobiste nazywa „sumą” tych samych, ciągle powtarzanych błędów”, wierząc w jakże liczne wytyczne, zapewniające złudne poczucie nieomylności. Konflikt „młodzi” kontra „starzy” jest częstym tematem rozdyktowanych społeczności internetowych.

Nie samą walką ludzie żyją, więc portale społecznościowe są dobrymi miejscami wsparcia, pocieszenia oraz zwierzeń. Zawsze jednak warto pamiętać, że powinniśmy pisać nasze wynurzenia z namysłem.

Sympatycznym aspektem e-społeczności jest zwracanie się do siebie per „ty”, której to formy jestem wielką zwolenniczką, uważając ją za wielce wygodną

i wcale nie ujmując nikomu szacunku, jeśli naprawdę nań zasługuje. Drugi przyjazny aspekt e-społeczności to gotowość do spieszenia sobie nawzajem z pomocą lekarską – miałam okazję przekonać się o takiej formie koleżeńskiego wsparcia osobiście. W tych dwóch cechach oraz wysokim merytorycznym poziomie, a także przyszłej perspektywie bycia opiniotwórczym medium widzę największą siłę portali społecznościowych dla lekarzy.

Jak pisać na forum?

Przed wszystkim ciekawie! Pomna słynnej kwestii ze sztuki Michała Bałuckiego „*Dom otwarty*” wypowiedzianej przez Pulcherię, że *nie tak nie płami honoru kobiety jak atrament*, bez względu na to, jaki charakter ma moja wypowiedź, zawsze konstruuje ją tak, abym niezależnie od tego, kto będzie jej czytelnikiem nie musiała popadać w zakłopotanie. Reguła zacytowana przez Pulcherię pasuje jak żadna inna do bycia w sieci. Internet bowiem jest jednym wielkim *domem otwartym*.

Ponieważ rejestracja na wszystkich portalach jest bezpłatna, warto zajrzeć do każdego z nich i wybrać tę ofertę, która najbardziej przypadnie nam do gustu. Bo być na portalu społecznościowym warto! Ciekawa będę wyborów i koniecznie napiszcie do mnie, gdzie się Wam najbardziej podobało!

Dla czytelników, którzy przysła najciekawsze recenzje wybranych przez siebie portali społecznościowych czekają egzemplarze mojej najnowszej powieści „*Życie po byciu lekarzem*”.

Na recenzje czekam pod adresem: **krystyna.knypl@compi.net.pl**

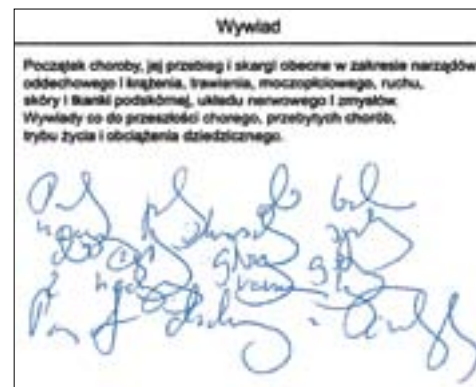
Rozszyfruj receptę

Czas szybko leci i oto nasza rubryka obchodzi w grudniu trzecie urodziny! Z tak miłej okazji tortem urodzinowym jest większa niż zwykle liczba nagród książkowych – do zdobycia jest ich aż dwadzieścia! Zachęcam więc do zmierzania się z załączoną zagadką, która nie jest łatwa. Liczę jednak, że zaprawieni w bojach weterani tej rubryki dadzą sobie radę z jubileuszowym tekstem. Zachęcam do próby rozszyfrowania choćby pojedynczych słów, bowiem tym razem liczyć się będzie przede wszystkim zmierzenie z jakże trudnym zadaniem.

Pojawiło się ostatnio zapytanie od jednej z Czytelniczek o rozwiązanie rozszyfrowanych recept z poprzednich numerów. Reguła jest taka, że każdy, kto przystąpi do próby rozszyfrowania recepty, otrzymuje w mailu zwrotnym informację o prawidłowej odpowiedzi. Często Koledzy nadsyłają rozwiązania zagadek z poprzednich numerów, a niektórzy wręcz zabierają na urlop kilka egzemplarzy „*Gazety Lekarskiej*” i mając nareszcie trochę wolnego czasu głowią się nad receptowymi hieroglifami. Tych, którzy rozwiązują „sami dla siebie” i jak to napisała mi jedna z Koleżanek męczy ich potem niepewność czy dobrze rozwiązali, zachęcam do nadsyłania swoich propozycji rozwiązań.

Laureatkami grudniowymi zostają: dr **Marta Piekarska** z Lublina oraz dr **Elżbieta Dobrynio-Drozd** z Kalinowa. Prosimy o podanie adresów pocztowych, na które zostaną przesłane nagrody książkowe.

Czekam pod adresem: **krystyna.knypl@compi.net.pl**



Interes kręci się coraz lepiej

Agnieszka Banach

Nie ma co się łudzić, że ludzkość kiedykolwiek zrezygnuje z używania substancji psychoaktywnych.

Narkotyki były i będą. Zawsze znajdują się ci, którzy wierzą, że amfetamina poprawia zdolności umysłowe, alkohol jest dobry na wszystko, marihuana to „lecznicze” zioło. Popularności od lat nie traci nawet klej, „kirają” go już małe dzieci. Robert Rejniak, specjalista psychoterapii uzależnień i prezes bydgoskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii, opowiada o swoim 8-letnim pacjencie: „Klej był dla niego przepustką do innego świata. Mówił, że jego koledzy byli na wakacjach, ale on im nie zazdrości, bo przeżył znacznie więcej – spotkał się ze Smerfami, rozmawiał z Gargamelem, bawił się ze Smerfetką, mógł nawet poczuć jej perfumy”. Poza tym narkotyki, to bardzo dochodowa działka. Wiadomo, że wcześniej czy później zabijają, ale

kto dobrowolnie, dla wspólnego dobra, zrezygnuje z udziału w rynku wartym, jak mówi dr n. med. Marek Pankowski, specjalista medycyny sądowej z Legionowa (wieloletni wicedyrektor Centralnego Laboratorium Kryminalistyki KGP), 400 mld dolarów rocznie, o 100 mld więcej niż rynek ropy naftowej! A interes kręci się coraz lepiej – używki tanieją (w ostatnim czasie cena amfetaminy i heroiny spadła o ok. 20 proc., extasy o ponad 40), przez co stają się bardziej dostępne i powszechne, a liczba kolejnych klientów rośnie...

Uzależnienia a śmierć*

Marihuana, haszysz, grzyby, amfetamina, heroina, kokaina, klej, LSD – to tylko jedne z wielu substancji psychoaktywnych dostępnych na naszym rynku.

Jest w czym wybierać... i wielu takich wyborów dokonuje, by lepiej się poczuć, poprawić zdolność umysłu, usunąć zmęczenie, rozluźnić się, czy zwyczajnie mieć fajny odjazd. „Każde uzależnienie, czy od alkoholu, czy od narkotyków, wcześniej czy później prowadzi do degradacji i w efekcie do śmierci – uważa Robert Rejniak. – Używanie substancji psychoaktywnych często łączy się z aktami samobójczymi, zgonami z powodu przedawkowania, napadami agresji, wypadkami. Śmierć często ponoszą nie osoby uzależnione, ale takie, które przypadkowo zażywały lub uczestniczą w spowodowanych przez biorących zajściach.”

Wystarczy wziąć nawet jeden raz... „Każdy kontakt z substancjami psychoaktywnymi stanowi zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia – mówi prof. J. Kocur, lekarz psy-

chiatra, pracownik łódzkiego Uniwersytetu Medycznego. – Ryzyko zaburzeń psychicznych i somatycznych, a nawet zgonu rośnie, gdy środki przyjmujemy w kombinacjach, czy łączymy je z alkoholem.”

18-letni chłopak stracił przytomność po lekcji w-f. Nie wykazywał żadnych oznak życia. Lekarzom udało się przywrócić pracę serca, ale chory pozostał w stanie wegetatywnym. Przyjęte przez niego grzyby, połączone z amfetaminą spowodowały rozległy zawał serca.

29-letni mężczyzna „chciał wyjść przez zamknięte okno”. Do Kliniki Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Jurasza trafił z licznymi ranami. Był pobudzony, zachowywał się w sposób niezrozumiały, negował przyjmowanie substancji psychoaktywnych. Po badaniu okazało się, że był pod wpływem amfetaminy i extasy.

To tylko dwa przypadki ze 160, które w 2008 r. przyjęto do Kliniki Medycyny Ratunkowej Szpitala im. Jurasza z powodu zatrucia substancjami psychoaktywnymi. Najczęściej, jak mówi dr n. med. Joanna Hałas, spowodowanych mieszaniną alkoholu z lekami i innymi substancjami psychoaktywnymi. Większość ma potem nieodwracalnie uszkodzone narządy wewnętrzne czy trwałe zmiany w psychice. Pacjenci to najczęściej osoby między 21 a 30 rokiem życia i w przedziale 50-60 lat. Najmłodszy miał 16 lat, najstarszy 78 – przedawkował leki uspokajające.

80 proc. chorych zatrutych substancjami psychoaktywnymi trafia do Kliniki po próbach samobójczych. Specjaliści twierdzą, że właśnie osoby uzależnione nawet 6 razy częściej odbierają sobie życie. Nie rzadko podejmują takie decyzje pod wpływem narkotyków. „Ryzyko wzrasta jeszcze w zespole abstynencyjnym, w stanach depresyjnych, lękowych – mówi Krzysztof Rosa, socjolog i suicydolog z Zakładu

Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. – W 2008 r. prawie 30 proc. samobójców stanowili uzależnieni.”

Specjaliści uważają, że nie ma bezpiecznych narkotyków. Nigdy nie wiadomo co zawiera spożywana substancja. Towar od dilerów jest często zanieczyszczony, np. amfetamina może mieć w składzie kofeinę, mleko w proszku, talk, glukozę, mielone szkło, a nawet substancje trujące, np. strychninę. Narkotyk nie przechodzi wieloetapowych badań klinicznych, żadna ulotka nie określi szczegółowych reguł jego stosowania, nikt nie opisze działań niepożądanych. Terapeuci zajmujący się uzależnieniami opisują niepokojące zjawisko. „Mamy wrażenie, że problem używania niektórych substancji jest bagatelizowany. Głośno jest o narkotykach o słabym działaniu, które nie uzależniają, np. marihuana traktowana jako zupełnie bezpieczny narkotyk (od red. – w sieci można znaleźć wiele stron chwalaących „ziele”, oferujących sprzęt do palenia czy uprawy). Tymczasem wcale tak nie jest, jej palenie grozi np. rozwinięciem schizofrenii. Dzisiejsza genetycznie modyfikowana „trawka” jest o wiele mocniejsza i bardziej uzależniająca niż kilkadziesiąt lat temu, gdy palił ją Clinton. 90 proc. palących sięga potem po inne narkotyki. Kolejne niebezpieczne środki to dopalacze. Wpuszczono na nasz rynek zupełnie nie zbadaone substancje! W Bydgoszczy są dostępne już w dwóch sklepach. Jeden z nich nazywa się „Coffee shop” i reklamuje go hasło: *moc zabawy w jednym miejscu*. Można tu kupić substancje, które jeszcze nie są na liście środków zakazanych – np. mieszaniny ziół wywołujących halucynacje, środki chemiczne takie jak nawozy do kwiatów, które mają takie działanie jak opium czy amfetamina.”

Czyj problem?

Może być każdego. Zdarza się, i wcale nie rzadko, że substancji psychoaktywnych nadużywają także pielęgniarki i lekarze.

Doktora House’a z popularnego amerykańskiego serialu znają wszyscy. Nie jest miły dla pacjentów, ma kontrowersyjne podejście do leczenia, ale jest wnikliwy, błyskotliwy i zawsze stawia trafne diagnozy. Uratował już masę nierokujących przypadków. Jest jeszcze jedno: spożywa duże ilości przeciwbólowego *vicodinu*. Długo, długo nadużywanie wydawało się nie mieć na niego żadnego negatywnego wpływ, ale do czasu... W ostatnim odcinku piątej serii filmu prześladowany przez duchy dwóch nieżyjących kolegów, wyczerpany, decyduje się na leczenie.

„Z moich obserwacji wynika, że problem nie dotyczy tylko marginesu społecznego, ale też ludzi dobrze sytuowanych, którzy zaczynają używać substancji psychoaktywnych, bo np. chcą w ten sposób przyspieszyć swoją karierę, poprawić wyniki intelektualne czy psychofizyczne – mówi dr Joanna Hałas. – Wśród naszych pacjentów zdarzają się także studenci medycyny, którzy w ten sposób «radzą» sobie z ciężkimi studiami. Stanowią jednak niewielki odsetek, bo świadomi działań ubocznych przyjmowanych środków nie przychodzą po pomoc lekarską. W 2008 r. przyjęliśmy także dwóch lekarzy. Tacy pacjenci trafiają do nas jednak dopiero wtedy, gdy dochodzi do dysfunkcji układów zagrażających zdrowiu i życiu. Ich wiedza, doświadczenie, sprawia, że albo ukrywają się ze swoim problemem, radzą sobie sami, albo korzystają z pomocy znajomych czy prywatnych ośrodków.”

Kłopoty z narkotykami mogą dotyczyć każdej rodziny. W poradni dla rodziców dzieci uzależnionych można spotkać ludzi każdego zawodu, także lekarzy i psychologów, chociaż wydawałoby się, że przed nimi fakt zażywania przez ich dziecko narkotyków nie ukryje się na pewno. Osoby używające substancji psychoaktywnych są także pacjentami lekarzy rodzinnych, ale jak mówią terapeuci od spraw uzależnień ci rzadko są wrażliwi na problem uzależnień. Za to często trafiają do nich dzieci kierowane przez pediatrów. „Żyjemy w takich czasach, że warto być wyczulonym na problemy związane z substancjami psychoaktywnymi – twierdzi Robert Rejniak. – Skłonności do migreny, bóle głowy, brzucha, pleców, zaburzenia snu i łaknienia – takie objawy mogą być spowodowane stresem, ale mogą także być spowodowane reakcją organizmu lub abstynencją po środkach przeciwbólowych czy narkotykach.”

Internetowa poradnia dla osób z problemami narkotykowymi i ich bliskich (poradę udziela lekarz, prawnik i psycholog) na str.:

www.narkomania.org.pl

Numery telefonów zaufania, linie pomocowe, informator gdzie szukać pomocy na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii:

www.narkomania.gov.pl

Ogólnopolski Telefon Zaufania Narkotyki-Narkomania: **0801-199-990**

***Uzależnienia a śmierć – konferencja pod takim tytułem odbyła się w Bydgoszczy w październiku 2009 r. Zorganizowało ją Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Oddział Bydgoszcz.**

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

GAZETA
FARMACEUTYCZNAOstrzeżenie FDA
przed niektórymi
suplementami diety

FDA ostrzega przed stosowaniem niektórych suplementów diety, które zawierają niewymienione w swym składzie aktywne substancje. Ostrzeżenie dotyczy suplementów stosowanych w odchudzaniu. Obecnie na „czarnej” liście znajdują się już 72 takie produkty. Zwykle produkty te są sprzedawane przez Internet lub w salonach piękności. Do składników ziołowych lub naturalnych dodawane są silnie działające związki farmakologiczne normalnie wydawane tylko na receptę, np. sibutramina – lek hamujący apetyt; furosemid i bumetanid – leki diuretyczne; fluoksetyna – lek przeciwdepresyjny; rimonabant – lek przeciwotyłości niedopuszczony na rynek w USA; cetylistat – lek w trakcie badań nad leczeniem otyłości; fenytoina – lek przeciwpadaczkowy oraz fenolofaleina – związek, niebędący substancją farmakologiczną, wskaźnik stosowany w laboratoriach chemicznych, kancerogeny. Tak silnie działające związki, stosowane niekontrolowanie, mogą być przyczyną wielu bardzo poważnych działań niepożądanych.

oprac. dr Anna Goldnik
na podst. JAMA, 2009, 16, 1646

Płytki krwi i malaria

Doniesienia naukowców australijskich sugerują, że płytki krwi mogą pełnić ochronną rolę we wczesnych stadiach malarii. Badania doświadczalne na myszach wykazały, że zwierzęta pozbawione płytek krwi, zainfekowane malarją, mają mniejsze szanse przeżycia niż myszy kontrolne, niepozbawione płytek krwi. Podobnie niekorzystny wpływ na przebieg malarii ma aspiryna, która zmniejsza aktywność płytek. W hodowli krwinek czerwonych *in vitro*, stwierdzono, że ludzkie płytki krwi mają zdolność wybiornego łączenia się z krwinkami czerwonymi i zabijania plazmodiów.

oprac. dr Anna Lewandowska
na podst. JAMA 2009, 13, 1329

Walka z grypką

Odkryto grupę ludzkich przeciwciał monoklonalnych, które mogą w szerokim zakresie neutralizować wirusy grypy w tym ptasi H5N1. Na powierzchni wirusa występuje białko – hemaglutynina, która umożliwia mu „przyczepienie się” i wnikięcie do komórki. Zidentyfikowano 3 przeciwciała przeciwko hemaglutynie, które były aktywne przeciw wirusowi ptasiej grypy i grypy sezonowej H1N1 oraz typowi, który wywołał pandemię w 1918 r. Myszy poddane ekspozycji na potencjalnie śmiertelną dawkę wirusa grypy w większości przeżywały po podaniu przeciwciał, co wskazuje na działania zapobiegawcze i lecznicze.

oprac. dr Anna Lewandowska
na podst. JAMA 2009, 13, 1329

Maltretowanie i mózg

Naukowcy kanadyjscy odkryli, że maltretowanie w dzieciństwie może zmienić DNA i zmniejszyć w mózgu ilość receptorów dla glikokortykoidów, które są konieczne dla prawidłowej odpowiedzi na stres. Badania przeprowadzono na grupie mężczyzn, którzy popełnili samobójstwo i grupie zwierząt doświadczalnych.

oprac. dr Anna Lewandowska
na podst. JAMA 2009, 13, 1329

URZĄD REJESTRACJI INFORMUJE

Monitorowanie działań
niepożądanychRyzyko zaburzeń psychicznych/
objawów maniakałnych
u pacjentów leczonych
atomoksetyną

Brytyjska agencja rejestracyjna MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) zwróciła fachowym pracownikom opieki zdrowotnej uwagę na ryzyko pojawienia się

lub pogorszenia już występujących ciężkich zaburzeń psychicznych u pacjentów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) leczonych atomoksetyną.

Informacja o leku powinna zostać uzupełniona o te nowe dane. MHRA wskazała na następujące zagrożenia:

- u dzieci i młodzieży bez chorób psychicznych lub zachowań maniakałnych w wywiadzie terapia normalnymi dawkami atomoksetyny może wiązać się z rozwojem psychozy lub objawów maniakałnych takich jak halucynacje, urojenia, stan pobudzenia maniakałnego,
- jeżeli takie objawy wystąpią, należy ocenić czy ich przyczyną może być stosowanie atomoksetyny i jeżeli stwierdzi się taki związek, należy rozważyć zaprzestanie podawania tego leku,
- istnieje prawdopodobieństwo, że leczenie atomoksetyną może pogarszać już istniejące objawy maniakałne czy psychotyczne.

Na podstawie:
Reactions z 14 marca 2009, No 1243, 3

Atomoksetyna – uszkodzenie
wątroby

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków otrzymała kolejnych 6 zgłoszeń o ciężkim uszkodzeniu wątroby u pacjentów leczonych atomoksetyną. Doniesienia te pochodzą z czasu, gdy w ulotce o leku zawarto ostrzeżenia o takiej możliwości (informacja pojawiła się w drukach w roku 2004). Przypadki opisane między styczniem 2005 r. a 19 marca 2008 r. dotyczyły 4 pacjentów płci męskiej i 2 żeńskiej – średnia wieku to 10, 5 r. (rozpiętość wieku 6-26 lat). Chorzy otrzymywali lek w dawce średnio 32,5 mg (od 10 do 80 mg). Średni czas od rozpoczęcia terapii do wystąpienia objawów uszkodzenia wątroby to 62,5 doby (od 21 do 730 dni). Pięciu z tych pacjentów było leczonych w szpitalu. Jeden z mężczyzn z ADHD stosując

cych przez dwa lata atomoksetynę w dawce 80 mg/dobę i metylfenidat zmarł z powodu niewydolności nerek i wątroby. Wpływ atomoksetyny na zgon pacjenta jest niejasny. Żaden z pacjentów nie wymagał transplantacji wątroby. Czterech chorych powróciło do zdrowia po przerwaniu leczenia. Amerykańska agencja zaleciła lekarzom, by informowali swoich pacjentów o konieczności niezwłocznego zwrócenia się do lekarza w przypadku wystąpienia pierwszych oznak i objawów uszkodzenia wątroby. W przypadku wystąpienia żółtaczki lub wyników badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby należy przerwać zażywanie atomoksetyny i nie powracać do jej stosowania.

Na podstawie:
Reactions z 24 stycznia 2009, No 1236, 2

Objawy maniakałne
mogą być
niepożądanym działaniem
leków stosowanych w ADHD

Zgodnie z opinią wydaną po analizie zgłoszeń niepożądanych działań leków stosowanych w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi u niektórych pacjentów mogą wystąpić objawy psychozy lub reakcji maniakałnych będące powikłaniami farmakoterapii. Celem osób dokonujących przeglądu było scharakteryzowanie zaburzeń psychicznych u pacjentów leczonych farmakologicznie z powodu ADHD. Analiza objęła dane z badań klinicznych i dane porejestacyjne. Przeszukano bazę danych od 1 stycznia 2000 r. do 30 czerwca 2005 r. pod kątem identyfikacji przypadków psychozy i stanów maniakałnych towarzyszących lekom podawanym w ADHD. Poproszono także firmy farmaceutyczne, by prowadziły podobne bazy o swoich lekach. Zgodnie z danymi z 49 randomizowanych badań klinicznych, porównujących leki stosowane w ADHD wobec

Gazeta
Lekarska

placebo, zgłoszenia przypadków psychozy i objawów maniakałnych dotyczyły wszystkich leków tej grupy z wyjątkiem leku o nazwie kodowej SLI-381, chociaż zgłoszenia takie pochodziły z badania otwartego, w którym stosowano Adderall XR. W grupie zażywającej lek badany stwierdzono 11 przypadków stanów maniakałnych/psychoz. W odniesieniu do grupy zażywającej placebo nie stwierdzono takich objawów, biorąc pod uwagę ekspozycję 743 pacjento-lat i współczynnik 1,48 na 100 pacjento-lat (95% 0,74-2,65). Zgromadzono 865 opisów przypadków z monitorowania leków po ich wprowadzeniu do lecznictwa. Wśród zgłoszeń są opisane przypadki ponownego zastosowania leku i wystąpienia takiej samej reakcji. Nie zidentyfikowano żadnych czynników ryzyka. U ok. 90% pacjentów nie występowały przed stosowaniem leków – podobne do opisanych w czasie terapii – zaburzenia psychiczne. U małych dzieci, u których występowały halucynacje, najczęściej były to omamy wzrokowe lub dotykowe – węży, robaków lub insektów.

Autorzy przeglądu uznali, że możliwy jest związek przyczynowo-skutkowy między stosowaniem takich leków jak metylfenidat, amfetamina/deksamfetamina, atomoksetyna, a wystąpieniem zaburzeń psychicznych u niektórych pacjentów. Prawie połowa zgłoszeń pochodzących z monitorowania po wprowadzeniu leków do obrotu dotyczy dzieci poniżej 10 roku życia. By zmniejszyć niepokój pacjentów należy przed rozpoczęciem leczenia poinformować ich samych lub ich rodziców, że tego typu zaburzenia mogą wynikać z niepożądanych działań leku. W badaniach analizowano reakcje po następujących lekach: SLI-381 [Adderall XR], deksametylfenidat [Focalin i Focalin XR], metylfenidat [Concerta, Metadate CD, Ritalin LA], atomoksetyna [Strattera], Daytrana metylfenidat w systemie transdermalnym i modafinil [Provigil]. Komentarz redakcji czasopisma Reactions: Pediatryczny Komitet Dorad-

czy Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków zalecił, by ostrzeżenia o możliwości wystąpienia zaburzeń psychicznych zamieścić w ulotkach leków stosowanych w ADHD.

Na podstawie:
Reactions z 7 lutego 2009, No 1238, 3

Australia – niepożądane działania
toksyny botulinowej

Od roku 1994 australijska agencja – The Australian Therapeutic Goods Administration (TGA) otrzymała 45 zgłoszeń o niepożądanych działaniach towarzyszących stosowaniu toksyny botulinowej. Żaden z opisanych przypadków nie zakończył się zgonem pacjenta. Opisy dotyczyły 9 mężczyzn i 36 kobiet, średnia wieku 45 lat (od 2 do 79 lat). Pięć zgłoszeń dotyczyło dzieci poniżej 10 roku życia. W 16 przypadkach wymieniono jako reakcję niepożądaną osłabienie mięśni w pobliżu miejsca wstrzyknięcia lub w miejscach od wstrzyknięcia odległych, w 10 przypadkach rumień i inne reakcje alergiczne, w 6 podwójne widzenie, w 4 uczucie zmęczenia. W 16 przypadkach stwierdzono całkowite ustąpienie objawów. W pozostałych przypadkach reakcje jeszcze nie ustąpiły lub stan ten nie był znany osobie zgłaszającej. Nadesłano przypadki, w których reakcje niepożądane utrzymywały się od 1 miesiąca do 1 roku. Obok prawidłowej techniki iniekcji, dobrej znajomości anatomii związanej ze specyficznymi wskazaniami dla stosowania toksyny botulinowej ważne dla bezpieczeństwa stosowania tego leku jest rozpoczynanie leczenia od najniższych skutecznych dawek i podawanie jej najrzadziej jak to możliwe.

Na podstawie:
Reactions z 7 lutego 2009, No 1238, 2

Informacje przygotowała dr Agata Maciejczyk
kierownik Wydziału Monitorowania
Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych



foto: Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Naczelna Rada Lekarska – 6 IX 2009

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **szczepień ochronnych przeciwko grypie AH1N1**. NRL wyraziła troskę w sprawie stanu debaty publicznej i procesu decyzyjnego dotyczącego szczepień przeciwko grypie AH1N1. Zwrócono uwagę, że wyrażane przez Ministerstwo Zdrowia zastrzeżenia co do bezpieczeństwa szczepionek i możliwości ich stosowania w sytuacji, kiedy przeszły one procedurę rejestracyjną Europejskiej Agencji Leków, a Światowa Organizacja Zdrowia zaleca ich stosowanie, budzi poważne wątpliwości. NRL wyraziła opinię, że przy ograniczonych możliwościach Polski celowy jest przynajmniej zakup szczepionek dla osób z grup ryzyka.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **szpitalnych komisji etycznych**. NRL poparła działania zmierzające do powoływania szpitalnych komisji etycznych. Komisje te mogą ułatwiać lekarzom podejmowanie trudnych decyzji terapeutycznych związanych z problemami etycznymi. Podkreślono, że w składzie każdej komisji powinno znaleźć się możliwie szerokie grono różnych specjalistów oraz osoby spoza zawodów medycznych, aby dyskusja nad aspektami medycznymi, prawnymi i etycznymi była wszechstronna i rzetelna. NRL zwróciła uwagę, że potrzeba działania komisji jest szczególnie widoczna z perspektywy oddziałów intensywnej terapii, w których wiele decyzji wiąże się z istnieniem oczywistych dylematów moralnych. Wyjaśnianie, mediacja i rekomendacje to klasyczne narzędzia, jakimi komisje mogą przyczyniać się do poprawy jakości opieki zdrowotnej oraz porozumienia między pacjentami i leczącymi.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **sytuacji w ochronie zdrowia w obliczu światowego kryzysu w gospodarce**. NRL z uwagą obserwuje sytuację w polskim systemie ochrony zdrowia w okresie światowego kryzysu gospodarczego. Rada stwierdziła, że nadzwyczajna sytuacja w polskim systemie ochrony zdrowia wymaga zdecydowanych kroków ze strony rządzących. Podstawowym problemem systemu od lat są niskie nakłady na ochronę zdrowia. Kryzys, który sam z siebie powoduje zwiększenie potrzeb zdrowotnych obywateli i zwiększa nierówności społeczne w dostępie do usług zdrowotnych, wymaga podjęcia środków nadzwyczajnych. Rada nie ma wątpliwości, polski system ochrony zdrowia wymaga reformy organizacyjnej, ale w obecnej sytuacji podstawowym narzędziem zapewnienia

sprawiedliwego i bezpiecznego dostępu do opieki zdrowotnej Polakom jest zwiększenie publicznych wydatków na ochronę zdrowia.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **stosowania chelatonów przez lekarzy**. NRL stwierdziła, że stosowanie chelatonów jest wskazane zgodnie z dowodami naukowymi przede wszystkim w ostrych zatruciach metalami. Najczęstszym wskazaniem do stosowania chelatonów jest zatrucie związkami ołowiu. Podkreślono, że na inne zastosowanie chelatonów nie ma naukowych dowodów. Notowane są natomiast ciężkie działania niepożądane (łącznie ze zgonami). Na podstawie powyższych faktów NRL uważa, że stosowanie chelatacji w innych niż podane sytuacjach oraz ze wskazań niemedycznych, a także angażowanie się w popularyzację tej metody w takich sytuacjach stoi w sprzeczności z art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **finansowania leczenia poekspozycyjnego ze styczości z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)**. NRL wyraziła zaniepokojenie sprawą finansowania profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczości z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV). Leczenie poekspozycyjne osób, które miały styczość z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) w wypadkach nie związanych z wykonywaniem czynności zawodowych, odbywa się nieodpłatnie. Z grona tego są jednak wykluczeni pracownicy medyczni, w tym lekarze i lekarze dentyści, w przypadku gdy do styczości z wirusem doszło w trakcie wykonywania czynności zawodowych. W takim przypadku obowiązek finansowania profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego obciąża pracodawcę albo zlecającego pracę. W ocenie Rady sytuacja taka jest niesprawiedliwa i narusza konstytucyjnie gwarantowany równy dostęp do świadczeń zdrowotnych i to jedynie ze względu na wykonywany zawód. Osoby najbardziej narażone na zakażenia, m.in. lekarze i lekarze dentyści, pomimo opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne, są pozbawione możliwości sfinansowania wyjątkowo drogiej profilaktyki ze środków publicznych. NRL wniosła o zmianę obowiązujących przepisów i przyznanie wszystkim obywatelom takich samych uprawnień w tej dziedzinie.

Prezydium NRL – 20 IX 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej**. Prezydium wyraziło sprzeciw wobec działań NFZ wprowadzających dwa niezależne półroczne okresy rozliczeniowe w kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Działania takie nie znajdują uzasadnienia w obowiązujących przepisach regulujących kwestie kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzą do dezorganizacji pracy świadczeniodawców

ochrony zdrowia. Wprowadzanie dwóch półrocznych okresów rozliczeniowych uniemożliwia racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i środków świadczeniodawców uwzględniające sezonowość wykonywania niektórych usług oraz zmieniające się na przestrzeni roku kalendarzowego natężenie zainteresowania uzyskaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Delegowano: Romualda Krajewskiego na posiedzenie Zarządu **Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów** (UEMS Enlarged Executive), w dn. 27-28.11.br. w Brukseli.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w roboczych spotkaniach dot. informatyzacji procesu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w NIL.
- Udział w roboczym spotkaniu w NIL nt. projektu poradnika terapeutycznego mającego towarzyszyć e-receptcie.
- Spotkanie z delegacją Ministerstwa Zdrowia Republiki Azerbejdżanu.
- Udział w spotkaniu dot. nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich zorganizowanym przez Rzecznika Praw Pacjenta.
- List do Donalda Tuska, prezesa Rady Ministrów – sprzeciw dot. zniesienia stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty.
- Udział w roboczym spotkaniu przedstawicieli OIL nt. organizacji kształcenia na odległość zorganizowanym przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL.
- Udział w konferencji „*Jak poprawić dostępność do leków? Realizacja zaleceń Komisji Europejskiej*” zorganizowanej przez PZPPF.
- Udział w „Wieczorze św. Łukasza” zorganizowanym przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i Stowarzyszenie „*Bono servamus*”.
- List do Janusza Kochanowskiego, rzecznika praw obywatelskich – dot. sprawy przestrzegania obowiązku uzyskiwania świadomej zgody od pacjentów.
- Udział w posiedzeniu Komisji Nadzwyczajnej „*Przyjazne Państwo*” ds. związanych z ograniczeniem biurokracji dot. rozpatrzenia projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz zmianie niektórych ustaw.
- Spotkanie z przedstawicielami Ogólnopolskiego Porozumienia Doktorantów Uczelni Medycznych.

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-218-710
faks: 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Diabetolodzy uspokajają

Na zaproszenie Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego przybył do Polski prof. Peter Boyle, światowej sławy naukowiec, prezes International Prevention Research Institute w Lyonie, honorowy profesor Uniwersytetów Oxford i Birmingham, redaktor prowadzący World Cancer Report 2008. Był on gościem specjalnym seminarium pt. „*Cukrzyca a nowotwory – czy istnieje związek*”, które odbyło się 9 listopada br. w Warszawie.

Spotkanie zgromadziło elitę polskiej diabetologii. Poprowadzili je: prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prof. dr hab. n. med. **Władysław Grzeszczak**, konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii prof. dr hab. n. med. **Krzysztof Strojek**, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego doc. dr hab. n. med. **Leszek Czupryniak** oraz mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej i jednocześnie prezes Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi doc. dr hab. n. med. **Tadeusz Pieńkowski**. Wśród wielu uczestników – w tym konsultantów wojewódzkich ds. diabetologii – znalazł się także prof. dr hab. n. med. **Jan Tatoń**.

Podczas spotkania przedstawiono trzy referaty, w których zwrócono uwagę m.in. na fakt, że u osób otyłych oraz osób z cukrzycą istnieje zwiększone ryzyko rozwoju schorzeń nowotworowych, w szczególności raków jelita grubego, piersi oraz trzustki. Prof. Boyle odniósł się do kontrowersyjnych doniesień z lipca br., opublikowanych w międzynarodowym piśmie naukowym „*Diabetologia*”. Wskazywały one na rzekomy wzrost zachorowalności na nowotwory u pacjentów przyjmujących długodziałający analog insuliny glargine. Prof. Boyle jednoznacznie wskazał na błędy metodologiczne w badaniu: nieprawidłowy rozkład liczby badanych stosujących insulinę klasyczną oraz glargine, podeszły wiek badanych – średnio ok. 70 lat, brak ważnych informacji o czasie trwania choroby, jej kontroli, występującej otyłości (BMI) oraz *de facto* brak informacji na temat typów nowotworów. Zwrócił także uwagę, że w pozostałych badaniach, które miały na celu zweryfikowanie hipotezy postawionej w Niemczech, nie znaleziono potwierdzenia zarzutów stawianych glarginie. Podkreślił, że uzyskane w badaniu szwedzkim oraz szkockim wyniki wskazujące na zwiększone ryzyko

występowania raka piersi tylko u osób biorących samą glargine – co jest bardzo rzadkie – mogły wynikać z losowych fluktuacji w przydziale pacjentów do odpowiednich grup w badaniu. Ten fakt podkreślili sami autorzy badania. Prof. Boyle stwierdził także, że inne badania w najmniejszym stopniu nie potwierdziły związku przyjmowania glarginy z rozwojem nowotworów. Jednocześnie przywołał wyniki 31 randomizowanych badań, w których nie wykazano zwiększonego ryzyka rozwoju schorzeń nowotworowych u osób przyjmujących glargine.

Doc. Pieńkowski zwrócił uwagę na fakt, że generalnie hiperglikemia i hiperinsulinemia mogą wpływać na rozrost komórek, w tym komórek nowotworowych, lepsza zaś kontrola cukrzycy może poprawić notowania. Szczególnie istotna była konstatacja, że ryzyko zgonu chorych na cukrzycę wiąże się często z nieoptymalnym leczeniem nowotworów, które u tych osób współwystępują. Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego doc. Czupryniak wskazał, że od wielu lat dostępne są informacje potwierdzające istnienie związku między cukrzycą, otyłością a występowaniem nowotworów. Prace na ten temat ukazywały się już w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Następne lata przyniosły kilka badań odnoszących się do tego zagadnienia. Doc. Czupryniak podkreślił znaczące niedociągnięcia w badaniach niemieckich i zwrócił uwagę na fakt, że pominięto niektóre czynniki mogące mieć zasadniczy wpływ na końcowe wyniki. „*Należy podkreślić, że brak jest w tej chwili jakichkolwiek potwierdzonych informacji mówiących jednoznacznie na temat niekorzystnego onkologicznego działania glarginy*” – podsumował konferencję prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prof. dr hab. n. med. **Władysław Grzeszczak**.

ed

Reaktywizacja?

Zygmunt Wiśniewski

Określenie „reaktywizacja” znaczy tyle, co wznowienie działalności. Chodzi o wznowienie działalności izb lekarsko-dentystycznych, które nastąpiło w latach 1945-48.

Wysiłek odbudowy izb i do-kończenia dzieła budowy ich struktury podjęła grupa ocalałych z wojny członków kierownictwa stworzonych w listopadzie 1938 r. izb lekarsko-dentystycznych.

Dokumentów do przesłania tego procesu jest bardzo niewiele. Drukowano je na łamach „Czasopisma Stomatologicznego” w latach 1947-48 w rubryce „Dziennik Urzędowy Izby Lekarsko-Dentystycznych”. Najpierw w 1947 r. w kilkudziesięciostrońnicowym miesięczniku dokumenty te wypełniały po kilka stron. W 1948 r. zredukowano je do jednej strony, aby w 1949 r. zlikwidować tę rubrykę w ogóle.

Gdyby sądzić tylko na podstawie informacji drukowanych w „Czasopiśmie Stomatologicznym”, można by mniemać, że izby odrodziły się na fali powojennego entuzjazmu środowiska, a potem zapadły się pod ziemię. Stąd wziął się znak zapytania w tytule „Reaktywizacja?” Należałoby nawet tych znaków zapytania postawić kilka, żeby ostrzec czytelnika przed bezkrytyczną wiarą, że tzw. kierownictwo partyjno-państwowe Polski po roku 1945 chciało odrodzenia izb lekarskich, a wśród nich izb lekarsko-dentystycznych.

Gdyby jednak sądzić po zawartości „Czasopisma Stomatologicznego” – to należałoby sądzić, że przywódcy lekarzy dentystów z naiwną wiarą dawali się wciągnąć w grę, którą prowadzili z nimi przedstawiciele resortu zdrowia: F. Litwin, R. Sztachelski, B. Kozusznik i T. Michejda.

Prześledźmy ten proces po kolei. Na szczęście w zbiorach Archiwum Akt Nowych zachowało się kilka dokumen-

tów NIL-D, które mówią prawdę o zapale i naiwności przywódców samorządu lekarzy dentystów oraz o cynizmie przedstawicieli władzy, którzy mamili samorząd pozorami sympatii, a w tajnych gabinetach przygotowywali dekret o ich likwidacji.

Najpierw był żmudny proces budowania izb od nowa. Na terenie II Rzeczypospolitej, kiedy pod koniec 1938 r. izby się zawiązały, powstały cztery okręgowe Izby Lekarsko-Dentystyczne: w Warszawie dla m. st. Warszawy, w Poznaniu dla woj. poznańskiego, pomorskiego, łódzkiego i śląskiego, w Krakowie dla woj. krakowskiego, kieleckiego, lubelskiego, lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego i wołyńskiego oraz w Wilnie dla woj. wileńskiego, nowogródzkiego, białostockiego, poleskiego i warszawskiego. Powojenna Polska budowała swą państwowość w zmienionych granicach. Poza jej terytorium znalazły się tereny Wileńszczyzny i Nowo-

gródka, Polesia, Wołynia i Ukrainy Zach. Przestała istnieć Okręgowa Izba w z siedzibą w Wilnie. Izbie z siedzibą w Krakowie odpadły tereny dawnych polskich województw lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego i wołyńskiego. W nowych granicach Polski znalazł się Gdańsk oraz Pomorze Gdańskie, Pomorze Zach., Ziemia Lubuska, Dolny Śląsk. W granicach Polski znalazło się całe terytorium Gór-

nego Śląska. Na nowym, powojennym terytorium Polski utworzono trzy izby lekarsko-dentystyczne: w Warszawie dla Warszawy oraz woj. warszawskiego, białostockiego, olsztyńskiego, gdańskiego i zachodniopomorskiego (z ekspozyturą w Sopocie); w Poznaniu dla woj. poznańskiego, łódzkiego, dolnośląskiego i Ziemi Lubuskiej (późniejszego woj. zielonogórskiego); w Krakowie dla woj. krakowskiego, kieleckiego, górnośląskiego i rzeszowskiego.

Minister zdrowia, wtedy F. Litwin, powołał tymczasowe Rady Izb Okręgowych, na których czele stanęli: w Warszawie (przez kilka miesięcy) Wiktor Berliński, w Poznaniu Władysław Piątkowski, w Krakowie Kazimierz Dominik. W Naczelnej Izbie Lekarsko-Dentystycznej, po krótkiej powojennej prezesurze Leona Halickiego, prezesem przez kilka miesięcy był Wiktor Perliński.

29 czerwca 1947 r. minister zdrowia powołał nowe tymczasowe rady izb okręgowych, na których czele stanęli:

w Warszawie Janusz Szajewski, w Poznaniu Romuald Kajkowski (w miejsce W. Piątkowskiego), w Krakowie Stanisław Cyklis (w miejsce odsuniętego K. Dominika).

Na czele zarządu NIL-D stanął Janusz Szajewski.

Nowe Rady i powołane przez nie zarządy otrzymują zadanie likwidacji Izby Lekarsko-Dentystycznych. Proces likwidacyjny w przypadku izb lekarsko-dentystycznych przebiegał bez wstrząsów i drastycznych wydarzeń, jakie miały miejsce w izbach lekarskich i Naczelnej Izbie Lekarskiej, którą w okresie powojennym kierował jej przedwojenny prezes (od 1935 r.) prof. dr Mieczysław Michałowicz. Będąc w pierwszym powojennym okresie zarazem prezesem Stronnictwa Demokratycznego i posłem do KRN Michałowicz toczył z władzami rządowymi i PPR-owskimi bój polityczny o samorządność stanu lekarskiego i o jego ekonomiczny byt. Bój ten Profesor przegrał, a wraz z nim na długie lata, bo do 1989 r. samorząd i cały świat lekarski.

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów

na **szkolenia**

w siedzibie

Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie,
ul. Jana Sobieskiego 110

Warsztaty: **Wystąpienia publiczne** – część I: 15 I, część II: 22 I 2010

Warsztaty: **Techniki negocjacji** – 16 XII 2009; 26 II 2010

Jak pracować z trudnym pacjentem. Wstęp do umiejętności komunikacyjnych

1, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 21 XII 2009

- Doborowa kadra wykładowców

- Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne

- Szkolenie bezpłatne dla członków izb lekarskich

Informacje i zgłoszenia:

ODZ NIL 00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

tel. 022-559-02-69, 022-559-02-86, faks 022-559-02-70

e-mail: odz@hipokrates.org, <http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/odz>

www.odz.nil.org.pl

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia i nowego 2010 roku

życzymy wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom

Wesołych Świąt i Szczęśliwego Nowego Roku

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Brydżowy jubileusz

Już po raz piętnasty lekarze brydżysty rywalizowali o medale mistrzostw Polski. Tym razem po raz pierwszy gospodarzem zawodów, które odbyły się równolegle z Mistrzostwami Mazowsza w brydżu sportowym była OIL w Warszawie.

O medale rywalizowano tradycyjnie w trzech turniejach: par na zapis maksymalny, par na punkty meczowe, turnieju drużynowym teamów i po raz pierwszy w klasyfikacji generalnej. W stojących na wysokim poziomie sportowym i organizacyjnym zawodach w Centrum Konferencyjnym Wojska Polskiego uczestniczyła rekordowa liczba 56 uczestników.

Mistrzami Polski Par na zapis maksymalny zostali Wiesław Teresiński i Andrzej Koziejowski (OIL w Lublinie), srebro zdobyli torunianie Tomasz Woźniak i Aleksander Skop, a brąz poseł Tomasz Latos z Markiem Giżą. Turniej na punkty meczowe zakończył się sensacyjnym finiszem po złoto pary mazowiecko-śląskiej Iwona Czajka i Halina Kaleta, przed parą Mariusz Mysłek i Tomasz Woźniak, a brąz wywalczyli Igor Łobodziński i Aleksander Skop.

W turnieju teamów po emocjonującym finale drużyna w składzie Jeremi Stępiński, Aleksander Skop, Tomasz Woźniak, Igor Łobodziński, Krzysztof Makuch pokonała team poselsko-profesorski Ewa Skopińska, Piotr Witkowski, Tomasz Latos, Marek Giża, a brąz trafił do Lublina (Andrzej Koziejow-

ski, Józef Myć, Jerzy Ochab, Wiesław Teresiński).

W prestiżowej klasyfikacji generalnej złoto zdobył toruński ginekolog Aleksander Skop (współorganizator mistrzostw) – 73 pkt. przed Andrzejem Koziejowskim (medycyna ogólna, Krasnik) i Wiesławem Teresińskim (lekarz rodzinny, Zamość) – po 67 pkt. W klasyfikacji par złoto przypadło arcymistrzynie profesor dr hab. Ewie Skopińskiej z Warszawy – 45 pkt., przed parą Iwona Czajka (Ciechanów) i Halina Kaleta (Tarnowskie Góry) – po 39 pkt.

Medale i puchary wręczyli wielokrotna mistrzyni świata Jolanta Krogulska, prezesi mazowieckiego i warszawskiego okręgu Polskiego Związku Brydża Sportowego Tadeusz Luzak i Włodzimierz Buze oraz arcymistrz Jeremi Stępiński (również złoty medalista tegorocznych MPL w teamach). Organizatorzy uhonorowali obu prezesów oraz sędziego głównego zawodów Włodzimierza Rutkowskiego pucharami i tytułami promotora lekarskiego sportu. Szczegółowe wyniki i zdjęcia na stronie www.hipokrates.org w zakładce sport.

Krzysztof Makuch
fot. Krzysztof Siwik



Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1955-60

XXI Zjazd Koleżeński Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, rocznik 1955-60 odbędzie się w dn. **17-20.06.2010 r. Nałęczów-Lublin**. Odnowienie dyplomów. Prosimy podać numer dyplomu. Przewidywany koszt 500 zł. Zgłoszenia do 31.01.2010 r. Szczegółowy program w komunikatach. Za Komitet Organizacyjny **Adam Tomicki**, e-mail: adamtomicki@o2.pl; **Zbigniew Rzecki**, 20-442 Lublin, ul. Abramowicka 2 Bl. 21 a/7, tel. 081-740-11-23 po godz. 20.00.

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1970

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu **19.06.2010 r. (sobota) we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo: koszt całkowity 350 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 250 zł, uroczystości 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.br. z dopiskiem „Zjazd 1970”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec**, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Org. Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska, Henryk Lisiak

Wydział Lekarski PAM w Szczecinie, rocznik 1979-85

Zjazd absolwentów z okazji 25 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza, w dn. **9-11.04.2010 r.** (dwie doby). Miejsce: **hotel w miejscowości nadmorskiej w woj. zachodniopomorskim**. Koszt ok. 550-600 zł/os. Szczegóły w oddzielnych komunikatach mailowych i na www.absolwentus.pl. Zgłoszenia w nieprzekraczalnym terminie do 15.01.2010 r.: e-mail: bm-kubaccy@go2.pl lub tel. 091-397-5097 (po godz. 20.00). Organizator **Marek Kubacki**

opr. u
u.bakowska@gazetalekarska.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolwentus.pl

SERWIS POMOŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄJĄ SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEZDZIE.

POSIEDZENIA SEKCJI HISTORYCZNEJ PTL

- **11.12.2009 r.** (piątek), godz. 11.30 – lek. Jan Bohdan Gliński: **Zasłużona rodzina lekarska Łukowiczów**
- **22.01.2010 r.** (piątek), godz. 11.30 – dr med. Mariola Małecka: **Szpitala getta warszawskiego i losy pracujących w nich lekarzy**

Posiedzenia odbędą się w Klubie Lekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przy ul. Raszyńskiej 54 (niedaleko Pomnika Lotnika). Zapraszamy do udziału w posiedzeniach. Wprowadzeni goście są mile widziani.

Jan Bohdan Gliński, przewodniczący Sekcji Historycznej

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

Narciarstwo Alpejskie – Bystre 2010

Komisje Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie i Krakowie zapraszają Koleżanki i Kolegów wraz z rodzinami do wzięcia udziału w II Mistrzostwach Lekarzy Podkarpacia w Narciarstwie Alpejskim „Bystre 2010”, które odbędą się w dn. **12-14.02.2010 r. w Bystrem k. Baligrodu na stoku Dwidowa**. Zawody rozegrane zostaną w konkurencjach slalom gigant i snowboard, w podziale na grupy wg płci, wieku, lekarzy i sympatyków. Zgłoszenia będą przyjmowane do 30.01.2010 r. Więcej informacji na stronie internetowej: www.rzeszow.oil.org.pl

WYBORY DO IZB LEKARSKICH

W dn. 20-21 listopada odbyły się kolejne okręgowe zjazdy lekarskie, które wybrały nowe władze we wszystkich organach izb lekarskich na lata 2009-13. Po przedwakacyjnym kryzysie frekwencyjnym, wydaje się, nie ma już śladu. We wszystkich izbach lekarskich wybory przebiegały w obecności znakomitej większości delegatów.

• **Bielsko-Biała.** ORL będzie nadal przewodniczyć Zyta Kaźmierczak-Zagórska, a okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) będzie Mariusz Ciopała, chirurg z Oświęcimia.

• **Gorzów Wielkopolski.** Na stanowisku przewodniczącego ORL lek. dent. Jolantę Małmygę zastąpi Jacek Zajączek, anestezjolog, ostatnio dyrektor Hospicjum św. Kamila w Gorzowie Wlkp. Urząd OROZ przypadł w udziale Piotrowi Kleinhardtowi, ginekologowi-położnikowi również z Gorzowa.

• **Kielce.** Na czele świętokrzyskiego samorządu lekarskiego stanął January Lewandowski, ginekolog-położnik ze Skarżyska, a OROZ wybrano Krzysztofa Wasilewskiego, urologa z Buska-Zdroju. Obaj panowie uzyskali niemal stuprocentowe poparcie.

• **Koszalin.** Bez większych zmian. ORL poprowadzi Roman Łabędź, ginekolog-położnik, a OROZ będzie nadal pediatra i neonatolog Ryszarda Staryk.

• **Rzeszów.** Również bez zmian. Przewodnictwo ORL powierzono ponownie bardzo popularnemu i szanowanemu nie tylko na Podkarpaciu otolaryngologowi Krzysztofowi Szuberowi, a organ OROZ obejmie również ponownie wybrany Grzegorz Siteń, pediatra zajmujący się dializami w Rzeszowie.

• **Tarnów.** Szefem ORL ponownie Tadeusz Zych, specjalista radiolog z Brzeska, a OROZ Barbara Chudy, specjalista chorób wewnętrznych z Tarnowa.

• **Wrocław.** Ustępującego po dwóch kadencjach szefa DRL Andrzeja Wojnara zastąpi dotychczasowy przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej Igor Chęciński, na co dzień kierownik Zakładu Ratownictwa Medycznego AM we Wrocławiu. Na stanowisko OROZ ponownie wybrano Adama Młynarczewskiego, z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej.

• **Wojsko.** Lekarze wojskowi wyznaczyli sobie miejsce zjazdu w uroczej Rynii nad Zalewem Zegrzyńskim nieopodal Warszawy. O fotel szefa Wojskowej Rady Lekarskiej ubiegało się aż 7 kandydatów. Zwycięzcą rywalizacji okazał się Piotr Rapijko, laryngolog i alergolog z WIM CSK MON w Warszawie. Prof. Krzysztof Chomiczewski z Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii będzie nadal rzecznikiem.

• **Zielona Góra.** Przewodniczącą rady będzie nadal lek. dent. Anna Mackiewicz z Nowej Soli, a rzecznikiem Jan Wasylkowski, chirurg z Zielonej Góry. Mandat delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy otrzymał m.in. urzędujący wiceminister zdrowia Marek Twardowski.

Kolejny komunikat z wyborów w okręgach już w następnym numerze „Gazety Lekarskiej”.

ms

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61. Zam.: tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86, zamowienia@elsevier.com, www.elsevier.pl



Traumatologia układu ruchu Roy Sanders

seria: **Core Knowledge in Orthopaedics**
red. wyd. I pol. Artur Dziak, tłum. Bogdan Kamiński
Wrocław 2009, str. 492

Seria jest nowoczesnym opracowaniem skierowanym do szerokiego grona specjalistów, którzy w codziennej praktyce zajmują się schorzeniami ortopedycznymi. W poszczególnych tomach omówiono najważniejsze informacje, od diagnostyki różnicowej, metod poprawnego badania klinicznego, do wytycznych dotyczących leczenia. Książka powinna należeć do obowiązkowego wyposażenia oddziałów ratunkowych, opieki krytycznej, urazowych i ortopedycznych. Może też stanowić cenną pomoc dla wykładowców kursów zaawansowanego ratowania pacjentów po urazie.



Alloplastyka stawu biodrowego Lawrence D. Dorr

red. wyd. I polskiego Wojciech J. Marczyński
Wrocław 2009, str. 336

Bogato ilustrowane kompendium w zakresie sztuki artroplastyki stawu biodrowego. Przedstawiono praktyczną analizę wskazań do operacji, sposób i precyzję planowania przedoperacyjnego, z uwzględnieniem warunków biologicznych i biochemicznych drugiego, zdrowego biodra. Proces techniki operacyjnej przedstawiono wieloaspektowo pod względem dojść operacyjnych, typów protezoplastyk z uwzględnieniem realloplastyk.



Rezonans magnetyczny serca i naczyń krwionośnych red. Anita Varghese, Dudley J. Pennell

red. wyd. I pol. Jolanta Miśko, Marcin Basiak
Wrocław 2009, str. 162

Oprac. skierowane do i kardiologów chcących zapoznać się samodzielnie z metodą CMR – do czego może służyć i do czego nie można jej zastosować. W rozdziałach skoncentrowano się na zastosowaniu CMR w diagnostyce serca i obrazowaniu naczyń. We wstępnych informacjach naszkicowano zarys podstaw obrazowania metodą rezonansu magnetycznego.



Ortodoncja współczesna

William R. Proffit, Henry W. Fields, David M. Sarver
red. wyd. II polskiego Anna Komorowska
Wrocław 2009, t 1, str. 326

Podręcznik światowej sławy zawiera najaktualniejsze osiągnięcia dotyczące ortodoncji. Tłumaczenie na j. polski czwartego wydania wzbogacone o najnowsze informacje z zakresu makro-, mini- i mikroestetyki oraz dotyczące najnowszych technik diagnostycznych i metod leczenia dorosłych i dzieci. Ponad 1000 kolorowych rycin i zdjęć.



Chirurgia stomatologiczna w gabinetach ogólnodentystycznych

pod red. Karla R. Koerner
red. wyd. I pol. Andrzej Wojtowicz
Wrocław 2009, str. 348

Niezbędne informacje z zakresu chirurgii stomatologicznej zarówno dla stomatologów bez spec., jak i chirurgów, którzy chcą ugruntować swoją wiedzę. Przedstawiono procedury na podstawie standardów postępowania. Dot. one np. ekstrakcji chirurgicznej, usunięcia zatrzymanego zęba mądrości, chirurgii przedprotetycznej, apikotomii z wypełnieniem wstecznym, chirurgicznego wydłużenia koron i biopsji. Dodatkowo poruszono tematy dotyczące oceny pacjenta, selekcji przypadków i postępowania w wypadku powikłań (krwawienie, zakażenie). Liczne ilustracje.



Dermatologia. Diagnostyka różnicowa Thoma P. Habif, James L. Campbell, M. Shane Champan, James G.H. Dinulos, Kathryn A. Zug

red. wyd. I polskiego Andrzej Kaszuba, Wrocław 2009
Wydanie stanowiące pomoc dla zapracowanego dermatologa, studenta w trakcie zajęć praktycznych i lekarza pierwszego kontaktu, w postaci „wzornika” (zestaw usztywnio-

nych kart połączonych ze sobą), który umożliwia szybką ocenę wizualną i bezpośrednie porównanie zmian skórnych u pacjenta i na fotografii. 600 zdjęć i opis ponad 160 jednostek chorobowych, odsyłacze do innych potencjalnych możliwości diagnostycznych, zwięzła charakterystyka zasad leczenia każdej jednostki.

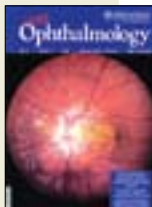
Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. - czasopisma

02-796 Warszawa, ul. Migdałowa 4 lok. 59.

Prenumerata: 0510-134-282, prenumerata@elsevier.com, www.elsevier.pl

„Ophthalmology” – dwumiesięcznik

red. nac. prof. dr hab. n. med. Józef Kaluźny
Zawiera wybór artykułów dot. aktualnych problemów współczesnej okulistyki tłumaczonych z miesięcznika „Ophthalmology American Academy of Ophthalmology”. Prenumeratorzy mają dostęp do publikacji i raportów opracowanych przez wyspecjalizowane ośrodki badawcze.



„Otolaryngologia Polska” – dwumiesięcznik

Organ Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi
red. nac. prof. dr hab. n. med. Dariusz Jurkiewicz
Ukazuje się od 1924 r. Zawiera prace oryginalne, doświadczalne i kliniczne, kazuistyczne oraz poglądy z zakresu otolaryngologii, audiologii i foniatrii oraz onkologii laryngologicznej.



„Pediatria Polska” – dwumiesięcznik

Organ Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego
red. nac. prof. dr Andrzej Milanowski
Ukazuje się od 1921 r. Zamieszcza doświadczalne i kliniczne prace oryginalne oraz opisy rzadko występujących i trudnych diagnostycznie przypadków klinicznych. Obszerne omówienia poglądowe problemów pediatrycznych oparte na najnowszym piśmiennictwie światowym.



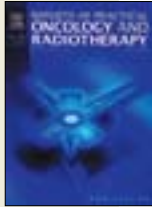
„Położnictwo, Ginekologia i Medycyna Rozrodu”

dwumiesięcznik
red. nac. prof. dr hab. n. med. Paweł Kamiński
Pismo jest polską wersją angielskiego „Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine”. Ma charakter edukacyjny. Zawiera artykuły poglądowe ekspertów w swoich dziedzinach i komentarze do nich, ciekawych przypadków klinicznych oraz materiały służące do sprawdzania wiedzy czytelników.



„Reports of Practical Oncology and Radiotherapy”

dwumiesięcznik w angielskiej wersji językowej
red. nac. i założyciel prof. dr hab. Julian Malicki
Istnieje od 1996 r. Założone pod egidą 9 europejskich towarzystw naukowych. Zawiera prace oryginalne, przeglądowe, opisy przypadków, noty techniczne, listy do edytora, komentarze.



„The Lancet Oncology” – wydanie polskie

red. nac. prog. dr hab. n. med. Cezary Szczylik
Zawiera tłumaczenia wybranych artykułów z angielskiej wersji językowej. Informacje z zakresu diagnostyki, zagadnień naukowych dot. biologii chorób nowotworowych, sposobów postępowania z pacjentem.



„Wiadomości Psychiatryczne” – kwartalnik

red. nac. dr hab. n. med. Filip Rybakowski
Zamieszcza artykuły poświęcone badaniom podstawowym, problemom klinicznym i terapeutycznym dot. zaburzeń psychicznych. Zawiera prace oryginalne, poglądowe oraz opisy przypadków. Publikuje tłumaczenia najbardziej interesujących i poczytnych artykułów zagranicznych z komentarzami specjalistów z Polski.



„Magazyn Stomatologii Estetycznej” – kwartalnik

pod patronatem Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej
red. nac. lek. stom. Danuta Borczyk (prezydent PASE)
Zamieszcza informacje dot. kompleksowych przypadków rehabilitacji uzębienia, artykuły opisujące badania naukowe oraz ciekawe przypadki z zakresu periodontologii. Cykl artykułów „Co nowego na rynku”.



Wydawnictwo Medyczne alfa-medica press

43-309 Bielsko-Biała, ul. Cygański Las 11, tel. 033-816-90-79, 828-13-70, faks 0-33-828-13-72, e-mail: poczt@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



Transfuzjologia kliniczna

red. Jolanta Korsak, Magdalena Łętowska
Bielsko-Biała 2009, str. 336, cena 48,00 zł
Podręcznik informuje o najnowszych zasadach leczenia krwią. Adresowany do lekarzy różnych specjalności podejmujących decyzję o przetoczeniu krwi w codziennej pracy oraz do studentów medycyny. Przedstawiono w nim tylko takie poglądy i metody postępowania, których wartość potwierdziły badania kliniczne, a skutkiem było opracowanie wytycznych lub zaleceń.



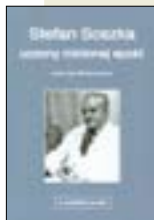
Malaria w Polsce i na świecie - wczoraj i dziś

Red. Józef P. Knap, Przemysław Myjak
Bielsko-Biała 2009, str. 246, cena 28,00 zł
10 podstawowych wskazówek dotyczących zapobiegania, rozpoznawania i leczenia malarii z podaniem określonych stron omawiających każdą z nich. Podano również strony, na których można znaleźć informacje o referencyjnych ośrodkach akademickich i wykaz specjalistycznych poradni.



Zmienne pola magnetyczne w stomatologii i okulistyce

red. Krystyna Opalko, Aleksander Sieroń
wyd. I. Bielsko-Biała 2009, str. 168, cena 24,00 zł
Podręcznik omawia badania w zakresie magnetoterapii, ledoterapii i laseroterapii. Publikacja, jako jedyna w Polsce o tej problematyce, jest skierowana do stomatologów, okulistów i fizjoterapeutów, a w szczególności zajmujących się magnetostymulacją czy magnetoledostymulacją.



Stefan Soszka, uczonej minionej epoki. Moje wspomnienia... i nie tylko

Andrzej Malarewicz
Bielsko-Biała 2009, str. 208, cena 20,00 zł
Obszerne biografia profesora Soszki pisana na podstawie wspomnień jego uczniów, współpracowników i rodziny. Zdaniem jednego z recenzentów książka ta powinna być dedykowana przede wszystkim młodym adeptom sztuki lekarskiej szukającym własnej drogi życiowej w trudnej skomercjalizowanej rzeczywistości XXI w.

Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o.

20-802 Lublin, ul. Skrajna 12-14,
tel. 081-446-98-12, faks 081-470-93-04, www.czelej.com.pl



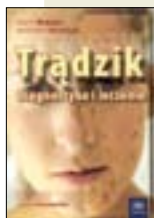
Neurotoksyna botulinowa w praktyce lekarskiej (dystonie, spastyczność, ból i inne wskazania do leczenia)

Teofan M. Domżał
wyd. II poprawione. Lublin 2009, str. 134
Omawiany lek daje nowe możliwości leczenia zaburzeń ruchowych pod warunkiem właściwego stosowania. Każdego roku w Klin. Neurologicznej Wojskowego Inst. Med. odbywają się kursy praktycznego stosowania leku. Niniejsza książka ma przyczynić się do upowszechnienia tej metody.



Pogranicza psychiatrii. Drogi i bezdroża umysłu Anna Grzywa

wyd. I. Lublin 2009, str. 272
Książka przedstawia takie szczególne stany psychiczne, które, jeśli występują w niewielkim nasileniu, pozwalają człowiekowi funkcjonować bez etykiety psychicznie chorego, ale jeżeli ich nasilenie jest duże, mogą nabrać cech choroby. Autorka ma w swoim dorobku ponad 270 prac nauk., w tym podręczniki i monografie. Interesuje się szczególnie objawami psychopatologicznymi wyst. w chorobach psychicznych i zaburzeniami myślenia.



Trądzik. Diagnostyka i leczenie Guy F. Webster, Anthony V. Rawlings

red. naukowa wyd. polskiego Dorota Krasowska
Wyd. I. Lublin 2009, str. 382
Przegląd najnowszych osiągnięć dotyczących trądziku i jego leczenia. Zagadnienia poczynając od cząsteczkowej i komórkowej biologii komórek łojowych, gruczołów łojowych oraz jednostek włosowo-łojowych po patogenез trądziku, jego leczenie hormonalne, przeciwbakteryjne, leczenie retinoidami i laserem. Omówione działanie kwasu oktadekadienowego, sfingolipidów i inhibitorów enzymów.

Ponadto nadesłano

Rozmawiać z pacjentem. Podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji Thomas Gordon, W. Sterling Edwards

przeł. Tadeusz Szafranski
Warszawa 2009, **Wydawnictwo „Academica”** Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, 03-815 Warszawa, ul. Chodakowska 19/31, tel. 022-870-62-24, e-mail: academica@swps.edu.pl
Dla pracowników służby zdrowia mających bezpośredni kontakt z pacjentami: lekarzy, pielęgniarek, psychologów, kapelanów szpitalnych i opiekunów społecznych, a także wolontariuszy i członków rodzin pacjentów. Ich celem w kontaktach z pacjentem jest przede wszystkim zachęcanie do bardziej skutecznego radzenia sobie ze swym bólem, samotnością, lękami i nadziejami. Książka przytacza wiele dialogów, gdyż określony sposób prowadzenia rozmowy może mieć znaczenie terapeutyczne i pomagać ludziom w konstruktywnym uporaniu się z własnymi negatywnymi emocjami. W publikacji przedstawiono wiele praktycznych rozwiązań do polepszenia relacji lekarza z pacjentem. Autorzy podają także przykłady komunikacji z pacjentami nieuleczalnie chorymi i pacjentami chorymi na AIDS.



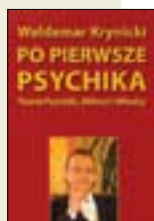
Pacjenci opowiadają swoje historie Zagadki medyczne i sztuka diagnozy

dr med. Lisa Sanders
przeł. Władysław Jeżewski
Warszawa 2009, **Wydawnictwo „Magnum” Sp. z o.o.**, 02-536 Warszawa, ul. Narbutta 25a, tel./faks 022-848-55-05, 022-646-00-85, e-mail: magnum@it.com.pl, księgarnia internetowa www.wydawnictwo-magnum.com.pl
Autorka – amerykańska lekarka, konsultantka serialu „Dr House”, której felietony w „New York Times Magazine” stały się inspiracją do powstania tego serialu. W książce opowiada o najbardziej tajemniczych przypadkach chorób, z jakimi zetknęła się w praktyce, o tym, co jest najważniejsze w procesie leczenia: postawieniu prawidłowej diagnozy. Recenzenci stwierdzają, że autorka jest mistrzynią medycznych opowiadań detektywistycznych.



Po pierwsze psychika Teoria psychiki, miłości i władzy

Waldemar Krynicki
wyd. I, Warszawa 2009, **Wydawca „Medyk” Sp. z o.o.**, 01-360 Warszawa, ul. Człuchowska 66, tel. 022-666-43-32, faks 022-664-04-51, e-mail: poczt@medyk.com.pl
Autor – polski psychiatra praktykujący we Francji. Bogaty materiał do przemyśleń nad naturą człowieka i skomplikowanymi mechanizmami jego postaw. Tematyka podzielona na cztery części: 1. Czynniki psychiki, 2. Relacja partnerska, 3. Poczucie wartości własnej PIWW 4. Psychopatologia i terapia – Test Ewokacji Słów TES.



Życie po byciu lekarzem

Krystyna Knypl
Warszawa 2009, wydawca: **Krystyna Knypl**, 02-022 Warszawa, ul. Niemcewicz 7/9 m. 128, e-mail: krystyna.knypl@compi.net.pl
Książkę można zamówić w wydawnictwie Edytor Serwis: edytor@edytor-serwis.com.pl, tel. 022-620-39-79.
Zbiór swoich felietonów o życiu lekarza, na tle i w środowisku, nie tylko uczestniczki, lecz i obserwarki, autorka opatruje przewrotną notką: „Wszelkie podobieństwa do znanych czytelnikom osób, miejsc i i faktów nie są przypadkowe, lecz zamierzone przez autorkę. Jednakże nie bierze ona odpowiedzialności za skojarzenia. Czytelnicy, którzy niczego nie kojarzą, są w błędzie. Czytelnicy, którzy cokolwiek kojarzą, też mogą być w błędzie. Każdy czytelnik może myśleć co mu się podoba, ponieważ myśl ludzka jest wolna i zawsze taka będzie”. I takie właśnie są felietony, skupiające się na drobiazgach, ale wlatujące ponad przeciętność szarego dnia, opatrzone refleksją nad nim, zdystansowane. Pomimo emanujących emocji język, jakim autorka się posługuje, jest potwierdzeniem odpowiedzi na pytanie zadane jej w „Proust questionnaire”: *Czego nie lubisz najbardziej?* Braku dobrych manier.



opr. md